



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Boas Práticas em Intervenções Comunitárias para a Promoção da Atividade Física: Desenvolvimento de um instrumento de apoio à sua identificação

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Exercício e Saúde

Orientadora: Doutora Marlene Nunes Silva

Júri:

Presidente: Doutor Duarte Fernando da Rosa Belo Patronilho de Araújo

Vogais: Doutora Marlene Nunes Silva
Doutor Miguel André Telo de Arriaga

Sofia Moura Franco

2019

Agradecimentos

Antes de mais, gostaria de agradecer a paciência, disponibilidade e ensinamentos das minhas orientadoras, Professora Doutora Marlene Silva e Professora Doutora Cristina Godinho, que partilham este trabalho comigo. Ao longo de todo este processo, foram incansáveis sempre que precisei de ajuda, fazendo-me crescer e aprender académica, profissional e pessoalmente.

Um grande obrigado também a todos os entrevistados para este trabalho, pela sua amabilidade e disponibilidade em falarem comigo – ao painel de especialistas envolvido na fase inicial deste processo, aos especialistas em mudança comportamental, aos coordenadores dos programas “EuroFIT” e “*Diabetes em Movimento*” e aos coordenadores dos programas comunitários entrevistados.

Um obrigada a toda a equipa do grupo PANO e do projeto NoHoW, que tão bem me acolheu, acompanhou e ensinou ao longo destes últimos anos. Um destaque para o Professor Doutor Pedro Teixeira, sem o qual a ideia para este trabalho não teria surgido e que viu em mim o potencial para o desenvolver.

Agradeço também o apoio dos amigos que fiz ao longo dos anos em que estudei na FMH. Ajudaram-me, sem dúvida, a manter a minha sanidade mental ao longo da licenciatura e do mestrado.

Um grande obrigado aos meus eternos, e melhores, amigos da escola ICE, alguns que já me acompanham há 16 anos. Somos uma pequena grande família.

O maior dos obrigados à minha família – mãe, pai e mãe nº2 – pelo vosso apoio incondicional, os vossos ensinamentos, a vossa paciência para me aturar nos meus ataques de stress e, no fundo, por serem quem me acompanha todos os dias, desde sempre e para sempre.

Um último obrigado especial ao meu namorado Tomás, que já me atura há mais de 7 anos. Obrigada pelo teu apoio, por me manteres com os “pés na terra” e, principalmente, por gostares tanto de mim quanto eu gosto de ti.

Resumo

Face à crescente evidência de que a inatividade física é já uma pandemia mundial, as boas práticas no desenho e implementação de intervenções comunitárias (IC) para a promoção da atividade física (AF), bem como as ferramentas para a sua avaliação, são aliados fundamentais. Contudo, as ferramentas existentes têm uma capacidade limitada para avaliar IC de menor escala, sendo demasiado exaustivas e com aplicabilidade reduzida, gerando por isso dificuldades na avaliação desta importante realidade.

A presente dissertação surge da necessidade de desenvolver um instrumento mais simples, com um cariz mais prático e adequado aos contextos locais/municipais, que permita identificar, avaliar e disseminar as boas práticas em IC de promoção da AF. Para tal, colocaram-se como objetivos o desenvolvimento deste instrumento e a sua validação preliminar.

O desenvolvimento do instrumento foi feito com recurso a uma metodologia tipo Delphi, através de painel de especialistas, incluindo posteriormente uma aplicação piloto a profissionais de referência na área, com vista ao seu refinamento. A validação preliminar do instrumento refinado incluiu a sua aplicação, através de entrevistas, a coordenadores de cinco programas comunitários existentes em Portugal. Os resultados apontam para um instrumento capaz de avaliar IC de base municipal, de forma adequada, simples e prática.

Palavras-Chave: boas práticas, indicadores chave, promoção da atividade física, intervenções comunitárias, municípios, instrumento de avaliação, painel de especialistas, aplicação piloto, validação preliminar, disseminação

Abstract

Considering the growing evidence that physical inactivity already is a global pandemic, good practices in the design and implementation of community interventions (CI) for the promotion of physical activity (PA), as well as tools for their evaluation, are key to address it. However, the existing tools have limited ability to assess smaller scale CI, being too extensive, with limited applicability, contributing to difficulties in assessing this important reality.

This dissertation arises from the need to develop a simpler, more practical tool, appropriate for evaluating local/municipal contexts, allowing to identify, evaluate and disseminate good practices in CI promoting PA in the future. To this end, two goals have been established: the development of such a tool and its preliminary validation.

The development of this tool was undertaken by applying a Delphi-type methodology, through the consultation of an expert panel. With the objective of refining it, a pilot application of the tool was conducted with professionals experienced in the field. Preliminary validation of the refined tool was made through interviews to the coordinators of five existing community programs in Portugal. The results of this dissertation indicate that the developed tool can adequately evaluate municipal CI, in a simple and practical way.

Keywords: good practices, key criteria, physical activity promotion, community interventions, municipalities, evaluation tool, expert panel, pilot application, preliminary application, dissemination

Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Abstract	5
Índice de Figuras e Tabelas	7
Siglas e Acrónimos.....	8
Introdução.....	9
Enquadramento Teórico	12
1. Inatividade Física: Um problema de saúde publica.....	12
2. Benefícios da Prática de Atividade Física	13
3. Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030.....	14
4. O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física da Direção-Geral da Saúde	16
5. Intervenções Comunitárias: Definição, utilidade e limitações	18
6. Boas Práticas no Desenvolvimento e Implementação de Intervenções Comunitárias	21
Objetivos	25
Métodos	26
Estudo 1	26
Desenho do Estudo	26
Procedimentos.....	26
Estudo 2.....	30
Desenho do Estudo	30
Procedimentos.....	30
Resultados	36
Estudo 1	36
Estudo 2.....	42
I.Aplicação piloto do instrumento desenvolvido.....	42
II.Validação preliminar do instrumento desenvolvido	45
Discussão.....	58
Conclusões: Potencialidades e Limitações	63
Referências Bibliográficas	66
Anexos.....	71

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1 – Diagrama do processo de refinamento dos critérios de boas práticas.....	37
Tabela 1 – Tabela de avaliação de boas práticas em intervenções comunitárias.....	41
Tabela 2 – Guião para entrevista às intervenções comunitárias.....	43

Siglas e Acrónimos

ACSM – *American College of Sports Medicine*

CHRODIS – *European Joint Action on Chronic Disease and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle*

CDC – *National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*

CIPAF – Comissão Intersetorial para a Promoção da Atividade Física

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

ENPAF – Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar

IMC – Índice de Massa Corporal

JANPA – *Joint Action on Nutrition and Physical Activity*

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Objetivo Estratégico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNPAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Introdução

Apesar da crescente evidência sublinhando os múltiplos benefícios que advêm, quer a nível físico quer a nível mental, da prática regular de atividade física (American College of Sports Medicine, 2017; Das & Horton, 2016; Pedersen & Saltin, 2015; Piercy et al., 2018), a adesão continuada a este fundamental comportamento promotor da saúde, continua longe de ser atingida a nível populacional. A inatividade física é já considerada uma pandemia a nível mundial, sendo que, em alguns países, os níveis de inatividade física da população rondam os 70% (World Health Organization, 2018). Em Portugal também se verifica esta tendência, uma vez que o nível de inatividade física da população nacional se aproxima dos 79% (Loyen et al., 2017).

Neste sentido, é cada vez mais importante que a promoção da prática de atividade física junto da população seja uma prioridade para as entidades governamentais (Sallis et al., 2016; WHO, 2010, 2018). Uma das formas mais simples de promover a atividade física diretamente junto da população, é a criação e a implementação de intervenções e iniciativas comunitárias que cumpram com esse objetivo (Bauman et al., 2012). As Câmaras Municipais, para além de estarem em contacto direto com os cidadãos, com os clubes e as entidades locais, são a organização pública que melhor conhece o contexto e a realidade onde estas intervenções podem ser implementadas (European Commission, 2011).

Em Portugal, com o objetivo de dar destaque à promoção da atividade física, a Direção-Geral da Saúde (DGS) criou, em 2016, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) (Diário da República, 2.^a série — N.º 108 — 6 de junho de 2016, 2016). O PNPAF pretende, principalmente, generalizar o conceito de estilo de vida fisicamente ativo como sinal (vital) de saúde e bem-estar para toda a população nacional, procurando parcerias com outras entidades reguladoras de saúde, criando iniciativas centradas no cidadão e que sejam capazes de aumentar o interesse da população pela prática regular de atividade física e desportiva e pela redução do tempo sedentário (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Estas parcerias e iniciativas que se pretendem promover

com o objetivo de combater a inatividade física da população, podem, e devem, ter como aliadas as Câmaras Municipais.

Apesar das suas vantagens, as intervenções comunitárias promovidas pelos municípios apresentam algumas limitações. Em muitas delas é possível identificar problemas no desenho e metodologia do processo de avaliação que utilizam, tornando difícil comprovar a sua eficácia em promover a prática de atividade física na população (Baker et al., 2015). Além disso, grande parte dessas mesmas intervenções apresenta algumas falhas na clareza do seu desenho conceptual e no reporte dos métodos utilizados na intervenção (Hanson & Jones, 2017).

Assim, têm surgido, por parte de algumas entidades internacionais de referência e em contexto científico/académico, algumas definições de boas práticas no desenho e implementação de intervenções comunitárias, bem como sistemas e ferramentas para a sua avaliação (e.g., CHRODIS, 2015; European Commission, 2016; Horodyska et al., 2015a; Horodyska et al., 2015b; JANPA, 2015; WHO, 2017). Não obstante o seu valor e contributo no âmbito da disseminação e validação do que são boas práticas, estes instrumentos de avaliação apresentam algumas limitações na avaliação de intervenções comunitárias de menor escala, como por exemplo as iniciativas municipais. Muitos destes instrumentos são demasiado exaustivos, alguns deles com aplicabilidade reduzida, não tendo em conta os constrangimentos reais de intervenções comunitárias de menor dimensão, contribuindo para dificuldades na avaliação das mesmas.

No sentido de tentar colmatar estas lacunas, surge a necessidade de criar um instrumento mais simples, com um cariz mais prático e adequado aos contextos locais, que permita identificar, avaliar e disseminar as boas práticas em intervenções comunitárias de promoção da atividade física em Portugal. Para este efeito, a presente dissertação pretende desenvolver um instrumento deste tipo e fazer a sua validação piloto e preliminar.

Assim, a presente dissertação encontra-se dividida em 6 capítulos. O primeiro capítulo inclui uma revisão da literatura contendo um enquadramento para a necessidade de se criar um

instrumento que avalie boas práticas em intervenções comunitárias de promoção da atividade física. O segundo capítulo explicita os dois objetivos principais desta dissertação, nomeadamente, o desenvolvimento deste instrumento (objetivo I) e, posteriormente, a sua aplicação piloto e validação preliminar (objetivo II). O terceiro capítulo descreve os métodos e os procedimentos utilizados para a consecução de cada um dos objetivos estabelecidos. O quarto capítulo reporta os resultados que se obtiveram em cada fase do desenvolvimento deste instrumento (objetivo I) e os dados recolhidos durante a aplicação piloto e validação preliminar (objetivo II). Por fim, os capítulos quinto e o sexto apresentam, respetivamente, uma discussão dos resultados obtidos e as principais conclusões, potencialidades e limitações que se podem retirar da presente dissertação.

Enquadramento Teórico

1. Inatividade Física: Um problema de saúde pública

Estima-se que a inatividade física seja a principal causa de 6 a 10% das doenças não transmissíveis (e.g., doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, alguns tipos de cancro, etc.), sendo responsável por cerca de 9% da mortalidade prematura (Lee et al., 2012a; Lee et al., 2012b). Tais números tornam-se particularmente relevantes face à evidência epidemiológica de que mais de um terço dos adultos na Europa são insuficientemente ativos (Hallal et al., 2012).

Segundo dados recolhidos pelo Eurobarómetro, referentes aos níveis de participação da população europeia em exercício ou desporto de forma regular, estes números têm vindo a reduzir ao longo dos anos. Desde 2009 que a percentagem da população que reporta nunca fazer exercício ou desporto regularmente é elevada (39%) (European Commission, 2010), tendo ganho maior significância em 2014 (42%) (European Commission, 2014), chegando a quase metade da população da Europa em 2017 (46%) (European Commission, 2018).

Nomeadamente, quando comparada com a percentagem da população europeia que diz não praticar exercício ou desporto regular (46%), a população portuguesa encontra-se muito acima desta média (68%). Portugal é 1 dos 3 países europeus, a par da Grécia e da Bulgária, onde, em 2017, se praticava menos atividade física (European Commission, 2018).

Dados recentes, retirados de relatórios produzidos a nível nacional, reportam também que a inatividade física dos portugueses ronda os 79% (Loyen et al., 2017), e o mais recente Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física reportou que 43% da população portuguesa com mais de 14 anos se pode classificar como sedentária (Lopes et al., 2017).

Em termos da evolução dos níveis de atividade física da população portuguesa ao longo dos anos, estes valores acompanham a tendência decrescente mostrada pela população europeia. Em 2009, apenas cerca de 9% da população portuguesa praticava atividade física regularmente

(European Comission, 2010), tendo reduzido para 8% da população nacional em 2014 (European Comission, 2014) e atingindo 5% em 2017, o menor valor registado até ao momento (European Comission, 2018).

Estes dados revelam que a maioria dos portugueses não cumpre com as recomendações internacionais para a prática de atividade física e mostram a propensão que existe para a redução da prática regular de atividade física pela população nacional ao longo dos anos (Lopes et al., 2017; European Comission, 2018).

2. Benefícios da Prática de Atividade Física

Face aos números da inatividade física, que assume já o estatuto de pandemia, torna-se importante sublinhar que todos os esforços para contrariar esta realidade terão um importante impacto não só na saúde, como em todos os outros objetivos sociais e económicos para o desenvolvimento sustentável estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) (United Nations, 2015) e adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2018). Alguns destes objetivos, que podem ser atingidos através do investimento na promoção da atividade física junto da população, incluem a melhoria da qualidade da educação física, a promoção de oportunidades para a prática de atividade física nas escolas, promoção da inclusão social através do desporto e o desenvolvimento de melhores redes de transportes públicos, ciclovias e passeios (WHO, 2018).

Em termos de saúde, está comprovado que a prática regular de atividade física está não apenas inversamente relacionada com a mortalidade prematura (ACSM, 2017), mas que ajuda na prevenção primária, tratamento e gestão de doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cérebro-cardiovasculares, diabetes, doenças neurodegenerativas e ainda alguns tipos de cancro (Pedersen & Saltin, 2015; Piercy et al., 2018). A prática regular de atividade física contribui também para a redução de alguns fatores de risco como a hipertensão, o excesso de peso e obesidade e está

associada a melhorias na saúde mental e qualidade de vida no geral (Das & Horton, 2012; Lee et al., 2012b). Esta evidência, já abordada em revisões sistemáticas e meta-análises, resultou não só de resultados de estudos experimentais em situações laboratoriais controladas, como de estudos observacionais com amostras elevadas e com base na população (ACSM, 2017; Pedersen & Saltin, 2015; Piercy et al., 2018; WHO Regional Office for Europe, 2015).

Em suma, existe cada vez mais evidência acerca dos múltiplos benefícios que a prática regular de atividade física pode fomentar e, assim, torna-se fundamental a sua promoção junto da população (Sallis et al., 2016; WHO, 2010, 2018).

3. Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030

De forma a tentar combater a pandemia da inatividade física a nível mundial, a OMS estabeleceu como um dos seus principais objetivos a redução global da prevalência da inatividade física, em adultos e adolescentes, em 10% até 2025 e em 15% até 2030 (WHO, 2013, 2018).

Para que seja possível alcançar estes objetivos, em 2018, a OMS lançou um novo plano de ação estratégica global para 2018-2030, sob o mote “mais pessoas ativas para um mundo mais saudável”. Este plano configura um guia de orientação, enquadrando políticas e planos de ação eficazes na promoção da atividade física (WHO, 2018).

Foram definidos 4 objetivos estratégicos (OE) pela OMS, refletindo a criação de:

- i) Sociedades ativas: Criar uma mudança de paradigma em toda a sociedade, aumentando o conhecimento, a compreensão e a valorização dos múltiplos benefícios da atividade física regular, de acordo com a capacidade e em todas as idades;
- ii) Ambientes ativos: Criar e manter ambientes que promovam e salvaguardem os direitos de todas as pessoas, de todas as idades, permitindo o acesso equitativo a

lugares e espaços seguros, nas suas cidades e comunidades, para praticar atividade física regular, de acordo com as suas capacidades;

- iii) Pessoas ativas: Criar e promover o acesso a oportunidades e intervenções, em diversos contextos, para apoiar pessoas de todas as idades e capacidades a envolverem-se em atividade física regular, individualmente, em família e na comunidade;
- iv) Sistemas ativos: Criar e fortalecer a liderança, governança, parcerias multisetoriais, a capacitação dos profissionais, advocacia e sistemas de informação entre setores para alcançar a excelência na mobilização de recursos e implementação de ações coordenadas internacionais, nacionais e locais para aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário.

Estes eixos de ação pretendem promover uma abordagem sistémica ao problema da inatividade física. De forma a que estes objetivos sejam cumpridos, foram desenhadas políticas de ação multidimensionais, que permitam uma resposta eficaz na redução do tempo sedentário da população (WHO, 2018). Destas várias estratégias e políticas de ação definidas, destaca-se a necessidade de desenvolver um plano de ação nacional para a promoção da atividade física, em cada um dos estados membros do plano de ação global da OMS. Apesar de ser necessária a existência de uma liderança global pela OMS, é preciso que esta também permita a coordenação entre os líderes regionais e nacionais.

Assim, este plano nacional, adaptado para cada um dos estados membros da OMS, deverá promover o aumento da consciencialização e conhecimento da população acerca dos benefícios da prática de atividade física, promovendo também a literacia física e a alteração dos comportamentos de inatividade física da população nacional (WHO, 2018).

4. O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física da Direção-Geral da Saúde

A DGS apresenta como missão a regulamentação, orientação e coordenação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença a nível nacional. Para além disto, assegura ainda a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2017b).

Neste âmbito, e de forma a concretizar as recomendações da OMS para o sector da saúde, a DGS determinou a criação de 12 programas prioritários, em diferentes áreas, no âmbito do Plano Nacional de Saúde (Diário da República, 2.^a série — N.º 94 — 16 de maio de 2016, 2016), sendo a sua designação posteriormente alterada pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (Diário da República, 2.^a série — N.º 25 — 5 de fevereiro de 2018, 2018).

Um desses programas prioritários é o PNPAF (Diário da República, 2.^a série — N.º 108 — 6 de junho de 2016, 2016). Este programa alinha-se com a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF 2016-2025) que tem como missão contribuir para a criação, implementação e desenvolvimento de condições para que toda a população nacional adote comportamentos fisicamente ativos. Este objetivo será conseguido através da promoção da atividade física pelos profissionais de saúde, do trabalho intersectorial e estabelecimento de parcerias, da investigação capaz de fornecer dados significativos para o desenho e para a monitorização de boas intervenções na comunidade (Silva et al., 2016).

A missão do PNPAF passa por generalizar o conceito de estilo de vida fisicamente ativo como sinal (vital) de saúde e bem-estar para todos, independentemente de condições de saúde, económicas, demográficas ou sociais, envolvendo os atores sociais relevantes em iniciativas centradas no cidadão e gerando cadeias integradas de valor (de saúde e inovação) conducentes a aumentar o interesse da população pela prática regular de atividade física e desportiva e pela redução do tempo sedentário (DGS, 2017a).

As atividades do PNPAF organizam-se em torno de 4 eixos de ação estratégicos (PNPAF, 2018):

- 1) Comunicação e sensibilização: para a promoção da literacia física e da prontidão de toda a população face à prática de atividade física regular e redução do tempo sedentário;
- 2) Sistema e serviços de saúde: para a generalização da avaliação, aconselhamento breve e referenciação para a prática de atividade física nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- 3) Ambientes e contextos de vida: com vista ao incentivo, através de parcerias intersectoriais, do estabelecimento de ambientes promotores da atividade física nos espaços de lazer, no trabalho e deslocações diárias, nas escolas, universidades e nos serviços de saúde;
- 4) Monitorização e boas práticas: para a promoção da vigilância dos determinantes da atividade física e a identificação e valorização de boas práticas na promoção da atividade física e do envelhecimento ativo na comunidade.

Várias são as ações em marcha no âmbito de cada um destes eixos e a sua descrição detalhada extravasaria o âmbito desta dissertação. Neste sentido, e para os objetivos do presente trabalho, importa destacar o eixo 4 e enquadrá-lo nos objetivos maiores da OMS e das necessidades que este gera. De facto, a identificação e a valorização das boas práticas em intervenções comunitárias de atividade física é uma das linhas centrais de combate à inatividade física. No eixo 3 do anteriormente referido Plano de Ação Global da OMS, sublinha-se a importância das ações estratégicas 3.3 (oferecer intervenções em múltiplos contextos), 3.5 (dar prioridade a intervenções para os menos ativos) e 3.6 (implementar iniciativas ao nível comunitário) (WHO, 2018).

A este nível é fundamental ter bons mecanismos de identificação, reconhecimento público e disseminação de boas práticas na promoção da atividade física, em iniciativas comunitárias e da sociedade civil (WHO, 2018).

Esta linha de ação configura um dos desígnios fundamentais do PNPAF, visando identificar e reconhecer iniciativas comunitárias de qualidade, possibilitando a sua valorização. Para tal, terá de haver uma clara definição de padrões de qualidade dessas mesmas iniciativas, de modo a incentivar a

sua adoção mais generalizada, contribuindo para a sua disseminação a nível nacional (PNPAF, 2018).

5. Intervenções Comunitárias: Definição, utilidade e limitações

As iniciativas comunitárias desempenham um papel essencial na promoção da atividade física, visto não só terem o potencial de envolver uma larga fatia da população, como também, e principalmente, envolver aqueles com menor nível educacional e socioeconómico, com taxas de inatividade física muito superiores aos dos grupos mais diferenciados (Bauman et al., 2012).

Em particular, os municípios desempenham um papel muito importante na promoção da prática desportiva e de atividade física junto da população visto serem a organização pública mais próxima do cidadão e que melhor conhece o contexto e a realidade local (European Commission, 2011). Os municípios estão em contacto direto com os clubes ou com outras instituições que permitem aos cidadãos praticarem atividade física e, em muitos casos, são mesmo as Câmaras Municipais que suportam estas instituições, financeira ou tecnicamente, de forma a que estas consigam desenvolver as suas atividades. Assim, o papel das Câmaras Municipais como principal agente local e promotor da prática de atividade física pode ser considerado crucial, através das políticas que implementam no município e que aumentam as oportunidades de prática de atividade física na sua comunidade (European Commission, 2011). Além disso, e no contexto nacional, os municípios foram recentemente considerados parceiros estratégicos do SNS, competindo-lhes o desenvolvimento ou a participação em atividades no âmbito da prevenção da doença, nomeadamente, entre outras vertentes, a de promoção da prática regular de atividade física pela população (Diário da República, 1.^a série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2019, 2019).

Estas políticas de promoção da atividade física e, consequentemente, de promoção da saúde, apenas funcionam se existir mobilização e ação de toda a comunidade, quer dos cidadãos, quer dos políticos que aí atuam, no sentido de estabelecer objetivos, de tomar decisões, de planear estratégias

e de implementá-las, de forma a melhorar os determinantes de saúde dessa mesma comunidade. Através de uma abordagem abrangente e multidisciplinar, pretende-se capacitar as comunidades e os municípios, maximizando os seus recursos, para que estes possam orientar melhor os seus serviços de saúde e criar ambientes de suporte social, fortalecendo a ação da comunidade (WHO, 1986, 2018).

A este nível comunitário, intervenções abrangentes que promovam a prática de atividade física ao longo do ciclo de vida serão mais eficazes se envolverem vários locais e setores de atividade, se mobilizarem e integrarem recursos existentes nas comunidades e se procurarem estabelecer parcerias e colaborações com múltiplos agentes e *stakeholders* (GAPA & ISPAH, 2010, 2011, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2011). A criação de parcerias e colaborações entre diferentes entidades permite garantir o desenvolvimento de um conjunto alargado de intervenções que satisfaçam as necessidades das populações (CDSS, 2010), assegurando a sua sustentabilidade.

Este tipo de intervenções foi destacado pela OMS e pela carta de Toronto como um dos melhores investimentos, em termos de custo-efetividade, para a promoção da saúde da população (WHO, 2017). A corroborar estes dados, segundo um relatório produzido pelo Governo de Inglaterra em 2016, 34,5% das pessoas consideradas inativas tomaram a iniciativa de começar a praticar atividade física após terem participado num programa comunitário cujo objetivo era o de aumentar os níveis de atividade física da população (Sport England, 2016).

Assim, é possível confirmar que este tipo de intervenções promove um ambiente de suporte social e ambiental, intervindo a nível motivacional, através de apoio à mudança comportamental individual, e que tem como objetivo último aumentar os níveis gerais de atividade física da população de uma determinada comunidade (Sallis et al., 2016).

Apesar de toda a evidência acerca da utilidade e do sucesso deste tipo de intervenções, muitas deles são disseminadas e adaptadas à escala comunitária através de projetos e estudos científicos apoiados por universidades e que, por muito eficazes que sejam quando implementadas enquanto

projetos de investigação, nem sempre conseguem ser bem-sucedidas e sustentáveis quando implementadas por entidades comunitárias. De facto, nem todas as intervenções para os quais existe evidência científica são passíveis de ser dissemináveis em larga escala, o que configura um problema, a par do seu contrário, o facto de muitas das intervenções que existem em continuidade e larga escala carecerem de evidência científica sobre a sua eficácia (Baker et al., 2015; Reis et al., 2016).

Muitas vezes, as entidades promotoras não garantem a existência de processos recorrentes de monitorização e de avaliação dos objetivos estabelecidos, tornando-se uma tarefa difícil a verificação da sua validade enquanto intervenção comunitária eficaz e eficiente (Sallis et al., 2016). Nos casos em que as intervenções surgem diretamente de necessidades da população e são implementadas pelos próprios municípios e agentes promotores, apresentam muitas vezes uma falta de clareza conceptual, acabando também por não se basearem em evidência científica já existente nessa área. Esta falha nas informações acerca do desenho e metodologia da intervenção significa que a possibilidade de se avaliar, transferir e adaptar a intervenção a outras populações e contextos fica, em muitos casos, comprometida (Hanson & Jones, 2017).

No entanto, esta capacidade de transferência e adaptação de uma intervenção, com sucesso, para outro tipo de população ou contexto, torna-se fundamental para o processo de disseminação de intervenções que promovam a atividade física ao nível comunitário (European Commission, 2011). Com o aumento deste género de intervenções em diferentes contextos, é mais fácil assegurar a promoção da atividade física numa escala maior, como por exemplo a nível nacional.

Neste sentido, mais do que existir um inventário de todas as intervenções comunitárias existentes em todo o país, seria útil que estas pudessem ser avaliadas e validadas através de uma ferramenta comum que assegure/assinale o cumprimento de critérios reconhecidos como boas práticas na promoção da atividade física junto da população, em situações de “mundo real” (European Commission, 2011; Reis et al., 2016), aferindo a sua capacidade de disseminação.

Este processo de avaliação de intervenções comunitárias vai ao encontro da recomendação da OMS para o desenvolvimento de ações comunitárias eficazes, baseadas em evidência científica e suportadas por sistemas de avaliação validados (WHO, 2013). Seguindo as linhas orientadoras da OMS, a DGS apresenta como um dos seus objetivos estratégicos para 2017-2019, a melhoria da monitorização das estratégias integradas de intervenção em saúde, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer ao nível comunitário (OE3) (DGS, 2017b). Assim, e de forma a responder a este objetivo da DGS, o PNPAF, como referido anteriormente, definiu como um dos seus eixos de ação a identificação e valorização de boas práticas na promoção da atividade física e do envelhecimento ativo na comunidade (PNPAF, 2018).

6. Boas Práticas no Desenvolvimento e Implementação de Intervenções Comunitárias

Antes de mais, é importante definir o que se considera como uma boa prática.

“Podemos admitir que boas práticas são características de iniciativas, de intervenções ou de programas comunitários, implementadas em contexto de vida real e que são adequadas ao seu contexto de aplicação, aceites pela população-alvo e parceiros, efetivas, que produzem bons resultados, eficientes, sustentáveis, replicáveis, éticas e justas” (CHRODIS, 2015; JANPA, 2015).

Estes critérios de boas práticas são uma fonte útil de evidência baseada na prática no que diz respeito às características de intervenções em saúde pública, implementadas em situações de vida real (Ng & De Colombani, 2015).

Existem já algumas entidades que identificaram e descreveram um conjunto de critérios de boas práticas em intervenções comunitárias, como a OMS (WHO Regional Office for Africa,

2008; WHO Regional Office for Europe, 2011), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2014), a Comissão Europeia (European Commission, 2011, 2016), o Centro Nacional Americano para a Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2011) e até mesmo o Governo Espanhol (Figueras et al., 2003; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2008). Para além destas entidades, existe também já alguma informação sobre boas práticas em intervenções comunitárias oriunda de literatura científica sobre o desenvolvimento e avaliação de intervenções, incluindo revisões sistemáticas (Horodyska et al., 2015a; Horodyska et al., 2015b; Ng & De Colombani, 2015) e alguns quadros conceptuais (CHRODIS, 2015; Dadaczynski et al, 2010; JANPA, 2015; SCIROCCO, n.d.; SPAcE, 2017).

Através da definição de um conjunto de critérios de boas práticas, com informação proveniente das diversas entidades, revisões de literatura e quadros conceptuais existentes e citados acima, será possível caracterizar e avaliar intervenções comunitárias de promoção da saúde, e de promoção da atividade física em particular. Esta forma de avaliação de intervenções comunitárias irá permitir a identificação, o reconhecimento e a valorização de iniciativas comunitárias de qualidade já existentes, de acordo com as diversas dimensões de boas práticas anteriormente identificadas.

Este conjunto de critérios de sucesso poderá, igualmente, ajudar na definição de padrões de qualidade dessas mesmas iniciativas, incentivando a sua disseminação e adoção a nível nacional. Tal prende-se exatamente com o desígnio nacional já exposto, e em linha com recomendações internacionais, visando-se a criação de um mecanismo capaz de reunir informações de forma uniformizada e sistematizada sobre estas intervenções já existentes, avaliadas através de critérios de boas práticas derivados da literatura e evidência científica.

Apesar de já existirem várias ferramentas de avaliação de intervenções comunitárias através de critérios de boas práticas, como o CHRODIS (CHRODIS, 2015), por exemplo, muitos

deles são baseados numa multiplicidade exaustiva de critérios definidos através de evidência empírica, com consequente dificuldade e desajustamento na aplicação prática. De facto, alguns destes critérios são por vezes desadequados e pouco adaptados ao contexto real onde as intervenções acontecem (Ng & De Colombani, 2015). Como já sublinhado, muitas destas ferramentas tornam-se demasiado exaustivas e minuciosas no processo de avaliação das intervenções, acabando por ter um cariz pouco prático. Isto leva a que poucas iniciativas sejam destacadas por estas entidades como um bom modelo e exemplo a seguir, acabando por apenas serem capazes de avaliar intervenções de grande escala e que, muitas vezes, tenham por base uma intervenção de um projeto científico que foi adaptado a um contexto comunitário. Este processo faz com que intervenções de menor escala e que foram desenhadas e implementadas pelas próprias entidades/organizações comunitárias, respondendo às necessidades da população, e que poderão ser consideradas igualmente como um bom exemplo, acabem por não ser consideradas através destes métodos de avaliação.

Sublinha-se então o aparecimento de alguns problemas na avaliação de intervenções comunitárias, nomeadamente, e como já referido, quando se pretende verificar a sua validade interna e externa (Reis et al., 2016), confirmar a sua efetividade, fazer uma análise de custo-efetividade (WHO, 2018) ou aferir a capacidade de replicabilidade e de disseminação das mesmas (Hanson & Jones, 2017). Isto deve-se, na maioria dos casos, a problemas e falhas no desenho e na conceção das intervenções ou mesmo devido à falta de informações disponíveis para seja possível realizar uma avaliação objetiva da intervenção. De facto, quando consultadas algumas bases de dados que reúnem alguns dos programas comunitários de promoção da saúde, e da atividade física em particular, existentes a nível nacional (CCDRC, 2018; Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2012; Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 2017; REDESPP, 2016; Soares et al., 2017), é possível verificar que existe uma grande heterogeneidade entre os vários programas, quer ao nível da sua estrutura e funcionamento, quer ao nível das informações disponibilizadas acerca de cada intervenção.

Neste sentido, surge a necessidade, que deu origem à presente dissertação, de conceber um instrumento mais simples, com um cariz mais prático e adaptado ao contexto local, que permita identificar, avaliar e disseminar as intervenções comunitárias de promoção de atividade física que existam no panorama nacional. Para além de distinguir programas meritórios que mereçam destaque, acabando estes por servir como exemplo para novas intervenções que estejam a ser desenhadas, pretende-se ainda, uma vez criado o instrumento, que este possa ter um pendor pedagógico. Neste sentido, para além da avaliação externa, os indicadores contidos no instrumento podem apoiar e servir como uma ferramenta de autoavaliação pelos próprios programas, ajudando a refletir quais os pontos fortes e fracos de uma determinada intervenção, potenciando o desenvolvimento de novos programas comunitários mais eficientes e mais eficazes (European Commission, 2011).

Objetivos

Face à necessidade de se criar um instrumento facilitador da identificação e da avaliação de boas práticas em intervenções comunitárias para promoção da atividade física, o presente trabalho, partindo da literatura e dos quadros conceptuais já existentes (e.g., CHRODIS, 2015; Horodyska et al., 2015b; WHO Regional Office for Europe, 2011), tem como objetivo o desenvolvimento (objetivo I) e a validação piloto e preliminar (objetivo II) de tal instrumento.

Objetivo I) O objetivo principal da presente dissertação é o desenvolvimento de um instrumento de avaliação de boas práticas em intervenções comunitárias de promoção da atividade física. Visando-se o desenvolvimento de um instrumento de cariz mais pragmático, mais adaptado à realidade e adequado ao contexto real de aplicação das intervenções, quando comparado com os instrumentos identificados na literatura já existente e que são muitas vezes derivados de intervenções realizadas em contexto de investigação.

Objetivo II) A presente dissertação tem também como objetivo realizar uma validação preliminar do instrumento desenvolvido. Esta validação foi feita em duas fases: uma primeira fase de aplicação piloto do instrumento a intervenções comunitárias que já tinham sido distinguidas por outros mecanismos de avaliação, a fim de garantir a sua capacidade discriminante; e uma segunda fase que consistiu numa validação preliminar, através da aplicação deste instrumento a intervenções comunitárias sem reporte de avaliação por outros métodos.

Métodos

Estudo 1

Desenho do Estudo

Para a consecução do primeiro objetivo desta dissertação (objetivo I), foi seguida uma metodologia que utilizou princípios do Método Delphi (Adler & Ziglio, 1996). Assim sendo, o desenvolvimento deste instrumento de avaliação de boas práticas em intervenções comunitárias recorreu a um painel de especialistas que, através de vários momentos de iteração, foram ditando um refinamento dos indicadores de boas práticas a incluir no instrumento. Este processo foi desenvolvido em duas fases principais, que se encontram descritas de forma detalhada na próxima secção.

Procedimentos

A consecução do primeiro objetivo da presente dissertação envolveu duas fases distintas, cada uma delas com etapas diferenciadas:

Fase I. Revisão de literatura e extração de indicadores a integrar no instrumento

Etapla 1: Numa primeira fase, foram revistas as recomendações e indicadores de boas práticas definidos pelas principais entidades de referência, como por exemplo, a OMS (WHO Regional Office for Europe, 2011) e a Comissão Europeia (European Commission, 2016), assim como informação oriunda de literatura científica sobre o desenvolvimento e avaliação de intervenções, incluindo revisões sistemáticas e quadros conceptuais (CHRODIS, 2015; Horodyska et al., 2015a; Horodyska et al., 2015b; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2008; Ng & De Colombani, 2015; Reis et al., 2016).

De toda a revisão de literatura realizada, foram escolhidas três referências que serviram como base para a determinação dos critérios de boas práticas a incluir no mecanismo de identificação criado: a OMS, enquanto entidade de referência (WHO Regional Office for Europe, 2011), os critérios definidos numa revisão de revisões sistemáticas da literatura sobre intervenções de promoção da atividade física (Horodyska et al., 2015b) e ainda os critérios definidos pela iniciativa financiada pela Comissão Europeia para a definição de boas práticas no combate às doenças crónicas (CHRODIS, 2015).

Etapa 2: Após identificação da literatura a utilizar, realizou-se uma extração e listagem de todos os critérios de boas práticas encontrados. Estes critérios foram agrupados e enquadrados em três categorias/áreas de descrição global definidos pela OMS (WHO Regional Office for Europe, 2011) de atributos de boas práticas em intervenções comunitárias: 1) características da intervenção principal, 2) estratégias de monitorização e avaliação da intervenção e 3) estratégias de implementação da intervenção. Foi, assim, construída uma tabela visando resumir todos os critérios encontrados na literatura, já agrupados por áreas de descrição global.

Fase II. Seleção e sistematização de indicadores finais através de metodologia baseada no

Método Delphi

O Método Delphi baseia-se num processo estruturado para a recolha e síntese de conhecimentos de um grupo de especialistas por meio de uma série de questionários, acompanhados de um feedback organizado de opiniões (Adler & Ziglio, 1996). Os questionários são apresentados sob a forma de um procedimento de consulta anónima e iterativa por meio de inquéritos estruturados.

Neste caso, recorreu-se a um painel de peritos, com cinco membros especialistas (quatro em mudança comportamental, desenvolvimento e avaliação de intervenções e um em gestão estratégica de projetos da área da atividade física e exercício físico). Estes especialistas definiram

quais os indicadores a integrar o instrumento final na sequência de várias reuniões e através de votação de forma anónima e independente, em várias vagas de iteração, descritas de seguida.

Etapa 1: Nesta primeira etapa, o objetivo foi o de encontrar uma designação comum para cada critério mencionado na literatura revista, visto que muitos deles se encontravam descritos em todas as referências utilizadas, mas por vezes com designações/nomenclaturas diferentes. Esta etapa foi realizada em reunião com o painel de especialistas, discutindo qual a melhor forma de sintetizar a informação encontrada nas fontes utilizadas. Após consenso, foi construída uma nova tabela com a listagem completa dos critérios de boas práticas encontrados e já agregados.

Etapa 2: De forma a determinar quais os critérios de boas práticas com maior ou menor relevância para a avaliação das intervenções comunitárias, foi pedido ao painel de especialistas que realizasse uma avaliação independente de cada um dos critérios estabelecidos (já descritos de acordo com a designação anteriormente definida). Assim, foi enviada por email a tabela criada para cada um dos especialistas, de forma a que os critérios fossem cotados independentemente. Para que esta ponderação fosse homogénea, foi criada uma escala de *Likert* (Uebersax, 2006), de 1 a 10. Esta escala classificava cada um dos critérios quanto à sua importância para integrar uma *checklist* de avaliação da existência de boas práticas em intervenções comunitárias e estava dividida em 3 patamares: cotações de 1 a 3 classificavam critérios nada ou pouco importantes, cotações de 4 a 7 classificavam critérios muito importantes e cotações de 8 a 10 indicavam critérios fundamentais ou extremamente importantes.

Etapa 3: As respostas individuais dos especialistas, após avaliações independentes, foram agrupadas e analisadas, atendendo especialmente aos critérios que geravam maior ou menor concordância de acordo com o seu nível de importância. Destas avaliações foi criada uma tabela que apresentava os resultados das cotações individuais, a mediana e a média das cotações

atribuídas a cada critério por cada um dos especialistas de forma anónima, para que fosse mais simples a comparação destas cotações.

Etapa 4: Posteriormente foi realizada uma discussão com todos os membros do painel de especialistas acerca das avaliações atribuídas a cada item. Procurando-se evitar um cenário polarizado de tudo ou nada, chegou-se a um consenso dentro do grupo sobre a ponderação de cada critério, ficando cada um deles com uma cotação de 1 (i.e., critério pouco importante), 2 (i.e., critério muito importante) ou 3 (i.e., critério essencial), de acordo com a sua relevância para a avaliação de boas práticas em intervenções comunitárias. Nesta mesma reunião foi também realizada uma edição da tabela existente, procurando resumir e simplificar ainda mais os critérios de boas práticas definidos.

Etapa 5: Com base nas etapas anteriores, foi assim construída uma nova tabela final que já incluía as alterações e edições feitas pelos especialistas, assim como as ponderações finais atribuídas a cada um dos critérios estabelecidos.

Etapa 6: Para que esta tabela de avaliação de boas práticas pudesse efetivamente avaliar, de forma quantitativa, as intervenções comunitárias, foi atribuído um valor percentual a cada um dos critérios definidos. Esta percentagem foi calculada com base na ponderação atribuída a cada critério, permitindo avaliar o programa com uma nota entre 0 a 100%.

Além disso, para que esta tabela pudesse ser aplicada a intervenções comunitárias de forma simples e direta, cada um dos critérios de boas práticas foi transformado em formato de pergunta. Estas perguntas foram estruturadas de forma a que ficassem bem descritas, utilizando linguagem clara. O objetivo foi o de ajudar no preenchimento dos critérios por parte dos programas, facilitando posteriormente a sua avaliação e cotação.

Estudo 2

Desenho do Estudo

No que diz respeito ao processo de aplicação piloto e validação preliminar do instrumento (objetivo II), recorreu-se a metodologias qualitativas, em formato de entrevistas semiestruturadas, tendo sido aplicadas as questões/indicadores constantes do instrumento desenvolvido. O processo de recolha de dados foi realizado em duas fases distintas. Para a aplicação piloto foram realizadas entrevistas presenciais a dois especialistas na área do desenvolvimento e avaliação de intervenções, assim como uma aplicação do instrumento desenvolvido a dois coordenadores de programas comunitários de promoção da atividade física já avaliados por outros métodos. Para a validação preliminar, foram conduzidas entrevistas telefónicas a coordenadores de diversos programas comunitários de promoção da atividade física em funcionamento no território nacional. Estes procedimentos de validação encontram-se descritos na secção seguinte.

Procedimentos

A consecução do segundo objetivo da presente dissertação envolveu duas fases.

Fase I. Aplicação piloto do instrumento desenvolvido

Um primeiro passo no sentido da validação do instrumento de boas práticas construído envolveu uma aplicação piloto do mesmo (i.e., tabela desenvolvida referida na secção anterior). Para tal, foi criado um guião que serviu de apoio a uma entrevista presencial semiestruturada, aplicada a dois especialistas na área do desenvolvimento e avaliação de intervenções e a coordenadores de programas comunitários de promoção da atividade física contendo boas práticas, já validados por outros métodos, nomeadamente, entidades internacionais como a União Europeia e pela

Comissão Intersectorial para a Promoção da Atividade Física (CIPAF) (Diário da República, 2.^a série — N.º 83 — 28 de abril de 2017, 2017).

Esta fase piloto tinha como objetivo perceber se a tabela criada conseguia discriminar estes programas como reflexo de boas práticas, em convergência com a avaliação feita por outros instrumentos. Pretendeu-se também refinar o instrumento, procurando-se para tal perceber a experiência global de resposta (duração do preenchimento, clareza das perguntas e dos termos utilizados) e obter feedback geral sobre a mesma (utilidade e adequação do instrumento, sugestões e alterações). Este tipo de entrevista semiestruturada dá a possibilidade ao entrevistador de realizar perguntas abertas ou fechadas, criar questões de *follow-up* a respostas dadas pelo entrevistado, oferecendo-lhe também a oportunidade de se pronunciar e dar opiniões acerca das questões colocadas (Kallio et al. 2016), facilitando assim o processo de validação.

O guião criado para a entrevista foi dividido em quatro partes: 1) enquadramento, por parte do entrevistador, acerca da necessidade de identificação de boas práticas em intervenções comunitárias para a promoção da atividade física; 2) descrição do processo/metodologia de criação e construção da tabela de identificação de boas práticas; 3) preenchimento dos critérios da tabela de boas práticas com dados/características do programa a avaliar; 4) questões, reflexões e *feedback* do entrevistado acerca do instrumento.

Esta entrevista foi realizada a dois especialistas na área da mudança comportamental e no desenvolvimento e avaliação de intervenções, ambos doutorados na área do exercício e da saúde, num dos casos com especialidade em saúde pública, ambos docentes na área (num dos casos acumulando funções clínicas) e com elevada experiência na coordenação e implementação de programas de promoção de exercício e saúde.

Para além dos especialistas, esta entrevista foi também realizada a coordenadores de dois programas comunitários de promoção da atividade física — “EuroFIT” e “*Diabetes em Movimento*”.

O projeto “EuroFIT” tem como público-alvo homens adultos, sedentários e com excesso de peso, que pretendam alterar os seus comportamentos. Este programa pretende, através da promoção de estilos de vida ativos e da prática de futebol, estabelecer pontes de ligação entre investigadores, profissionais de saúde, clubes de futebol, treinadores e adeptos, promovendo novos contextos de intervenção na promoção da saúde comunitária (Silva, M., 2017; Van Nassau et al., 2016).

O programa “*Diabetes em Movimento*” é um programa de exercício desenhado para pacientes com diabetes tipo 2, com sessões de exercício físico e atividades de educação para a saúde e cidadania (Mendes et al., 2013). É uma intervenção multi-institucional, multidisciplinar e multicomponente, cuja implementação envolve Centros de Saúde, hospitais, municípios, Juntas de Freguesia, instituições do ensino superior e associações locais (Teixeira & Mendes, 2018).

Esta aplicação piloto serviu para perceber se, através deste novo instrumento, estes programas correspondiam aos critérios agora avaliados. Para tal, foi entrevistada uma das coordenadoras da implementação do programa “EuroFIT”, assim como o Diretor-Geral do programa “*Diabetes em Movimento*”. Todas as entrevistas realizadas foram gravadas e, posteriormente, foi feita uma análise de conteúdo (Bardin, 2009) das respostas e do *feedback* dado.

Fase II. Validação preliminar do instrumento desenvolvido

Após a aplicação piloto do instrumento, e realizadas as devidas alterações dela decorrentes, procedeu-se a uma validação preliminar do mesmo. Esta validação consistiu na aplicação da matriz de indicadores finais (após aplicação piloto), a programas comunitários de promoção da atividade física. Dado que o universo de programas comunitários de promoção da atividade física a decorrer em Portugal é muito heterogéneo e que a sua completa cobertura ultrapassa os objetivos da presente dissertação (centrada no desenvolvimento e validação preliminar do instrumento e não na classificação *per se* dos programas existentes), esta validação

preliminar foi feita com recurso a uma amostra de cinco programas de promoção da atividade física em funcionamento nas Câmaras Municipais no território nacional.

No sentido de melhor se garantir alguma representatividade nacional, a amostra desta fase de validação preliminar foi composta por um programa comunitário por cinco das unidades continentais do nível II da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTSII). Sendo elas as regiões Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve (Diário da República, Série I-A — N^o 255 — 5 de Novembro de 2002, 2002). Por razões de exequibilidade temporal e dificuldade no acesso à informação, foram excluídas as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

A seleção da amostra foi realizada através da consulta de diretórios públicos com informações acerca de programas comunitários de promoção da atividade física (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2012; Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 2017), assim como através dos sites das Câmaras Municipais dos concelhos de cada unidade territorial definida pelas NUTSII. Foram selecionados cinco programas, um por cada zona escolhida do país, dando prioridade àqueles com maior expressividade em termos de população abrangida pelo programa. Uma vez que o objetivo desta dissertação não se prende com a elaboração de um ranking de programas comunitários, mas sim com a validação preliminar de um instrumento que avalie boas práticas, os nomes dos programas selecionados foram anonimizados, doravante sendo identificados por programa A, B, C, D e E.

Na região Norte do país foram avaliadas as boas práticas do programa A. Este programa tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos cidadãos séniores de um concelho, procurando melhorar a sua perceção de bem-estar, aptidão física, sociabilização, níveis de felicidade e manutenção de níveis de independência. O programa oferece aulas de exercício físico semanais, com diversas modalidades e ações de sensibilização nas áreas da educação e saúde, contando com 99 instituições parceiras.

Na região Centro, foram avaliadas as boas práticas do programa B. Este programa pretende promover a melhoria da qualidade de vida dos munícipes séniores de uma determinada localidade, através da prática de atividade física, hábitos de vida saudáveis, autonomia funcional e facilitar a existência de contextos sociais positivos. O projeto é implementado em todas as freguesias de um concelho, e funciona com aulas de exercício físico semanais, assim como com atividades pontuais, como caminhadas e participações em eventos desportivos e sociais.

Na Área Metropolitana de Lisboa, foram avaliadas as boas práticas do programa C. É um programa regular de atividade física e saúde que, através de aulas de atividade física, consultas e acompanhamento nutricional e aulas de literacia em saúde, procura aumentar os níveis de atividade física, reduzir o tempo sedentário, ajudar numa alimentação mais saudável e ainda melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos residentes com 55 anos ou mais do concelho abrangido. Este projeto é organizado e desenvolvido por quatro entidades (Câmara Municipal, Santa Casa da Misericórdia, DGS e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo), sendo implementado pelas Juntas de Freguesia e clubes do concelho.

Na região do Alentejo, foram avaliadas as boas práticas do programa D. Este programa tem como público-alvo a população com mais de 55 anos de um determinado concelho da região, e visa dinamizar a prática desportiva, como fator de promoção da saúde e qualidade de vida, promovendo estilos de vida saudáveis. Procura fomentar a interação entre a autarquia, as Juntas de Freguesia e as associações e coletividades desportivas do concelho abrangido.

Por fim, no Algarve, foram avaliadas as boas práticas do programa E. Este projeto tem como objetivo proporcionar à população sénior de um concelho uma prática de atividade física orientada, regular e vocacionada para a promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida. Pretende, de igual modo, minimizar as situações de risco para a saúde, prolongar a autonomia e aumentar a funcionalidade dos seus participantes. Conta com aulas regulares de exercício físico e algumas atividades pontuais, como caminhadas, procurando parcerias e colaborações com instituições e clubes do concelho abrangido.

Para a avaliação das boas práticas dos programas compondo a amostra indicada, foram consultados os respetivos *websites* de cada uma das Câmaras Municipais que implementam os programas, no sentido de recolher mais informações acerca de cada um deles. Esta recolha de dados serviu para começar a responder às perguntas do instrumento de avaliação de boas práticas em programas comunitários de promoção de atividade física. Para além desta consulta, cada um dos coordenadores operacionais dos cinco programas em avaliação foi contactado por telefone, de forma a poder completar a informação previamente recolhida *online* sobre os respetivos projetos. Esta entrevista telefónica teve como base o guião de perguntas desenvolvido anteriormente, já com as alterações sugeridas pelos entrevistados durante a fase de piloto da presente dissertação.

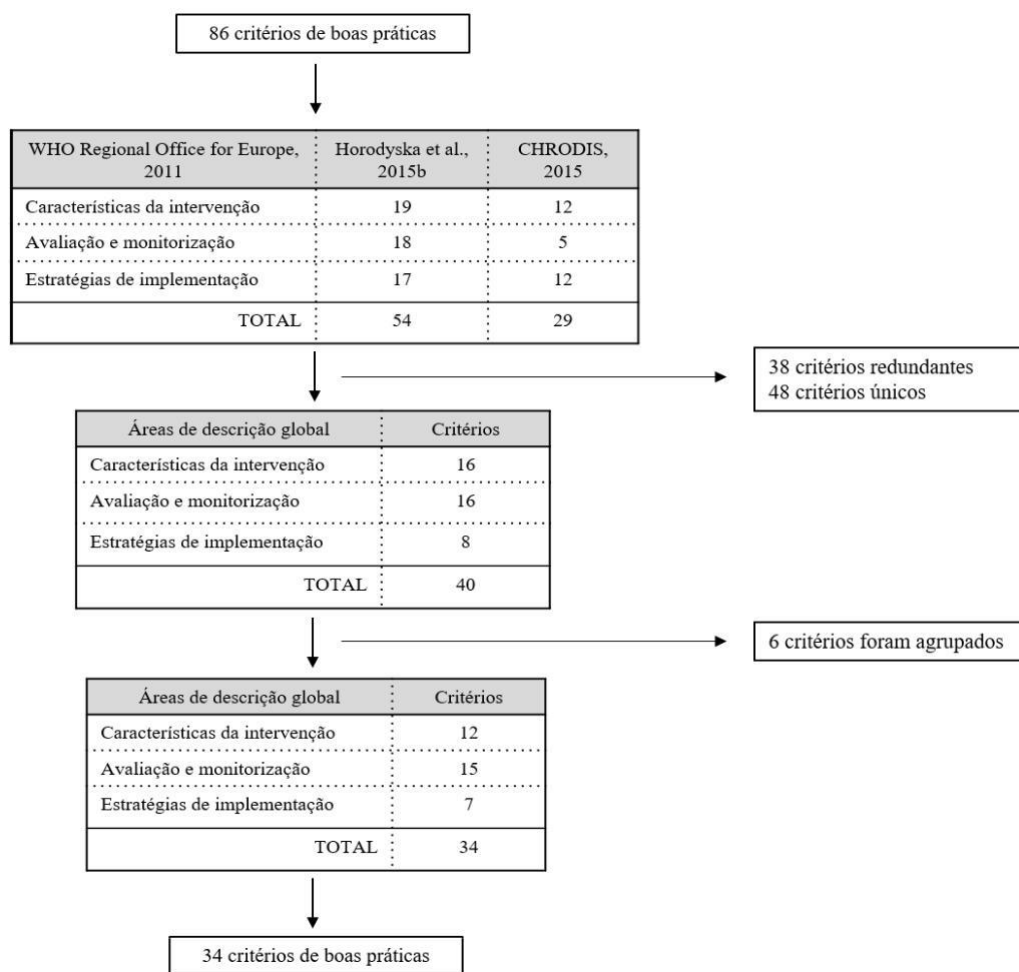
Resultados

Estudo 1

Após a extração de todos os critérios de boas práticas encontrados na revisão de literatura existente, foi criada uma tabela resumo. Esta tabela apresenta, no total, 86 critérios de boas práticas descritos pelas referências utilizadas, sendo que a OMS define três áreas de descrição global para estes critérios (WHO Regional Office for Europe, 2011), a revisão sistemática define 54 critérios (Horodyska et al., 2015b) e o quadro conceptual apresenta 29 critérios de avaliação (CHRODIS, 2015).

Naturalmente, alguns dos critérios de boas práticas encontrados eram comuns a várias referências (38 critérios redundantes), alguns deles eram apenas descritos por uma delas (48 critérios únicos) e, quase todos, apresentavam nomenclaturas e designações diferenciadas. Neste sentido, de forma a facilitar a leitura, os critérios foram agrupados pelas três áreas de descrição global estabelecidas pela OMS, procurando alinhar critérios semelhantes e separar aqueles que apenas eram referidos numa das referências (ver anexo I). Este processo também se encontra esquematizado na figura 1.

Figura 1 – Diagrama do processo de refinamento dos critérios de boas práticas



Após reunião e consenso entre o painel de especialistas, e no sentido de evitar redundâncias, foi construída uma nova tabela. Esta tabela apresenta os critérios já agregados, sem duplicações e com uma única designação para cada critério a avaliar (ver anexo II). Com este processo, brevemente esquematizado na figura 1, foi possível passar de 83 itens, distribuídos pelas três áreas de descrição geral, para apenas 40 critérios de avaliação de boas práticas.

A título de exemplo deste processo de eliminação de critérios redundantes, veja-se o caso do item que avalia a especificação e justificação da população-alvo da intervenção. A revisão sistemática utilizada como referência (Horodyska et al., 2015b) indica que dois dos critérios de

boas práticas a avaliar seriam a definição da população-alvo da intervenção e o facto de as características sociodemográficas, fatores de risco e fatores de suscetibilidade dessa população-alvo serem tidos em conta. Estes critérios podem ser equiparados a um critério descrito pelo quadro conceptual utilizado como referência (CHRODIS, 2015) indicando que se deve contemplar a definição da população-alvo com base na avaliação das suas necessidades, capacidades e características. Dada a redundância, estes critérios foram agregados apenas numa definição, sob uma designação comum - especificação e justificação da população-alvo da intervenção - para facilitar a sua posterior avaliação.

Na etapa seguinte foi pedido ao painel de especialistas que realizasse uma avaliação independente destes critérios com base numa escala de *Likert* de 1 a 10, relativamente à sua importância. Depois das respostas individuais de cada avaliador, foi calculada a mediana e a média destas avaliações, para que fosse mais fácil a sua interpretação. Estes resultados foram apresentados numa nova tabela, de forma a simplificar a comparação das avaliações atribuídas a cada critério (ver anexo III).

Verificou-se que apenas 11 dos 40 critérios de boas práticas reuniram consenso em relação às ponderações de importância atribuídas, sendo eles: definição da população-alvo, garantia de equidade no acesso à participação, definição do comportamento-alvo, existência de um manual/protocolo de apoio à implementação da intervenção, existência de consentimento informado, definição do perfil dos profissionais envolvidos, especificação dos indicadores de processo e de resultado a avaliar, aferição da fidelidade/consistência na aplicação da intervenção, cálculo dos custos da intervenção, especificação dos recursos necessários, uso ou integração de recursos existentes, definição da estrutura organizacional e a existência de parcerias que apoiassem a intervenção.

Os critérios que obtiveram menos concordância, em relação às ponderações de importância atribuídas, foram discutidos pelo painel de especialistas de forma a reunir um consenso acerca da sua avaliação, sendo eles: garantia de equidade durante a participação,

intervenção tem uma abordagem abrangente da promoção da saúde, definição da duração da intervenção, utilização de técnicas de mudança comportamental, existência de avaliação de *follow-up*, avaliação da satisfação dos participantes e a existência de apoios durante a implementação da intervenção.

Este processo de debate entre o painel de especialistas, levou a um novo refinamento e edição da tabela, agrupando critérios semelhantes e que pudessem ser redundantes. Os 40 critérios de boas práticas inicialmente definidos foram reagrupados, chegando a uma solução final com 34 critérios de avaliação.

Na área das características da intervenção, os itens avaliando a descrição do racional teórico e da evidência científica sustentadora da intervenção foram agregados. Também o item relativo à garantia de equidade no acesso à intervenção foi agregado com a garantia de equidade no decorrer da participação. Os itens avaliando a definição do(s) local(ais) onde decorre a intervenção e a definição da sua duração foram englobados no item relativo à descrição detalhada da intervenção. Na área da monitorização e avaliação da intervenção, foram agrupados os critérios avaliando a aferição da consistência da implementação da intervenção e adaptações feitas ao longo da mesma, com o critério que avalia a monitorização da fidelidade da intervenção.

Após esta etapa ficaram também definidas as ponderações a atribuir a cada critério, acabando por se decidir utilizar uma escala de 1, 2 ou 3, consoante o grau de importância do critério para a avaliação de um programa comunitário. Dos 34 critérios de boas práticas, sete ficaram com uma classificação de 1, oito têm uma classificação de 2 e os restantes treze critérios ficaram cotados com 3. Estes critérios, avaliados como essenciais e com cotação de 3, são: descrição do racional sustentador da intervenção, especificação e justificação da população-alvo, garantia de equidade no acesso e na participação, especificação do comportamento-alvo, especificação de características específicas da intervenção (e.g., local, duração do programa, número de contactos com os participantes, etc.), definição da forma de apresentação dos

conteúdos, definição dos conteúdos e temas de cada sessão, existência de um consentimento informado entregue aos participantes, especificação do perfil dos profissionais envolvidos, especificação dos indicadores de resultado e de processo a avaliar, especificação dos métodos/instrumentos e momentos de avaliação, reporte das taxas de desistência e participação, reporte dos resultados da avaliação face aos objetivos, existência de formação específica para os profissionais envolvidos, especificação dos recursos necessários para a implementação da intervenção, uso ou integração de recursos previamente existentes e a existência de parcerias multidisciplinares que apoiem o desenvolvimento e implementação da intervenção. De forma a acomodar estas alterações e a incluir as ponderações dadas a cada critério, foi construída uma nova tabela (anexo IV).

A última fase de construção desta tabela, acrescentou ao trabalho desenvolvido um valor percentual a cada critério de boas práticas de acordo com a ponderação atribuída anteriormente. Esta tabela pretende contribuir para uma futura avaliação quantitativa dos programas comunitários, atribuindo-lhes uma classificação entre 0 a 100%. Esta tabela, considerada como o modelo final do instrumento de avaliação de boas práticas, está apresentada na tabela 1 (ver também anexo V).

Tabela 1 – Tabela de avaliação de boas práticas em intervenções comunitárias

Critérios de Boas Práticas			Avaliação (Ponderação)	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada (55.5%)				
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria			6.5% (3)	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)			6.5% (3)	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção			6.5% (3)	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa			6.5% (3)	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais			5% (2)	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa		6.5% (3)	1.69% (3)
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos			1.69% (3)
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência			1.69% (3)
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação			1.43% (2)
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)			5% (2)	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais			6.5% (3)	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)			6.5% (3)	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção (24.5%)				
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante <small>(estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)</small>		5% (2)	3% (2)
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos <small>(análise de custo-efetividade)</small>			2% (1)
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar		6.5% (3)	1.43% (3)
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar			1.43% (3)
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados			1.43% (3)
	Especificação dos momentos de avaliação			1.43% (3)
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i> e/ou avaliação continuada dos participantes			0.78% (1)
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance	6.5% (3)	1.43% (2)
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação		2.08% (3)
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção		1.43% (2)
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados		0.78% (1)
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa		0.78% (1)
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos <small>(effect sizes)</small>	6.5% (3)	1.3% (1)
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados		2.9% (3)
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação		2.3% (2)
	Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção (20%)			
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação		6.5% (3)	1.43% (3)
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa			1.43% (3)
	Uso ou integração de recursos previamente existentes			1.43% (3)
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção <small>(e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)</small>			0.78% (1)
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa			6.5% (3)	
Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo			5% (2)	
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas			2% (1)	

De forma a que esta tabela de avaliação pudesse ser aplicada de forma mais prática e conveniente, todos os critérios descritos foram transformados em formato de pergunta, formando um questionário. Por exemplo, um dos critérios incluídos na tabela está descrito da seguinte forma: “Especificação e justificação da população-alvo”. Este critério foi transformado numa pergunta, passível de ser respondida mais facilmente, como “Qual a população-alvo da intervenção? Por favor justifique esta escolha”. Este questionário pretende facilitar a resposta, de forma simples e direta, simplificando a posterior avaliação e classificação dos diferentes programas comunitários entrevistados (ver anexo VI).

Estudo 2

I. Aplicação piloto do instrumento desenvolvido

Para a aplicação piloto do instrumento desenvolvido, foram entrevistados dois especialistas na área de mudança comportamental e desenvolvimento e avaliação de intervenções. Estas entrevistas foram feitas presencialmente, tendo-se seguido o guião desenvolvido para este efeito (ver anexo VII).

De acordo com o parecer dos especialistas entrevistados, o instrumento desenvolvido é adequado ao seu contexto de aplicação, sendo as ponderações atribuídas aos critérios (numa escala de 1 a 3) consideradas ajustadas. O tempo de preenchimento deste instrumento foi também considerado adequado, demorando cerca de 30 minutos em formato de entrevista presencial.

No entanto, estes especialistas apontaram a necessidade de esclarecer melhor alguns dos termos utilizados, tanto na tabela como no questionário. Como, por exemplo, o que se entendia por “abordagem abrangente da promoção da saúde”, “análise custo-efetividade” e “cálculo da dimensão do efeito (*effect sizes*)”. No sentido da resolução desta limitação, foi sugerida a

inclusão de definições para os termos mais abrangentes e específicos da economia da saúde utilizados assim como apresentar exemplos práticos de resposta para cada uma das perguntas do questionário, de forma a elucidar quem o estiver a preencher.

Outra questão levantada pelos especialistas foi relativa à pergunta acerca da existência de avaliação de *follow-up* dos participantes. Nos casos em que o programa comunitário tem um período temporal de implementação específico, com um término previsto, esta procedimento diz respeito às avaliações realizadas depois do programa ter terminado a sua intervenção. Contudo, em programas que funcionam de forma cíclica (e.g., mensalmente, anualmente, semestralmente, etc.) e que, por isso, acabam por manter uma parte dos seus participantes de um ciclo para o seguinte, foi sugerido que se considerasse para esta pergunta a existência não de avaliação de *follow-up*, mas de um processo de avaliação continuada ao longo dos vários ciclos de implementação do programa.

Quanto à segunda fase deste estudo, através da aplicação do instrumento a programas já validados, verificou-se que o programa “*Diabetes em Movimento*” obteve uma classificação de 96.57% (ver anexo VIII) e o programa “EuroFIT” obteve uma classificação de 99.5% (ver anexo IX). Estas avaliações ajudaram na confirmação de que as cotações atribuídas aos critérios de boas práticas são ajustadas e discriminantes.

Numa última etapa, e dando resposta às sugestões dadas pelos especialistas, no que diz respeito à necessidade de clarificação, foram acrescentadas ao questionário/guião de entrevista as definições de certos termos utilizados, bem como exemplos práticos a cada uma das questões dele constantes (anexo X).

Tabela 2 - Guião para entrevista às intervenções comunitárias

Questões sobre as características da intervenção principal	Exemplo
1. A intervenção foi baseada em alguma evidência científica ou teoria existente?	<i>Evidência científica que demonstra os benefícios da prática de atividade física, uso da teoria da autodeterminação</i>
2. Qual a população-alvo da intervenção? Por favor justifique esta escolha.	<i>Intervenção focada na promoção da atividade física nos homens visto ser um grupo da população normalmente discriminada neste tipo de intervenções</i>
3. Foi garantida a equidade no acesso e participação na intervenção?	<i>Não foi negada a participação a ninguém interessado na intervenção e que cumprisse com as características da população-alvo</i>

4. Qual/quais o/s comportamento/s a alterar ou a adquirir através da participação no programa?	<i>Aumento do número de passos por dia, redução do tempo sedentário, aumento do número de dias em que se pratica atividade física</i>
5. A intervenção apresenta uma abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais? <u>Abordagem abrangente da promoção da saúde</u> – estratégia utilizada para a promoção da saúde que desenvolve competências individuais, cria ambientes de apoio e relacionamento positivo e procura aumentar o envolvimento da comunidade nestas ações.	<i>Intervenção inclui sessões em grupo que promovam não só capacidades individuais, como o relacionamento com os outros participantes e profissionais envolvidos, procurando envolver toda a comunidade</i>
6. Qual o local, número, duração e frequência das sessões ou dos contactos com os participantes? Qual a duração total do programa?	<i>Intervenção dura 3 meses, contando 12 sessões com duração de 1h30, 1 vez por semana, realizadas no pavilhão desportivo da localidade</i>
7. De que forma são apresentados os conteúdos da intervenção?	<i>Em grupo ou individualmente, via presencial ou tecnológica</i>
8. Quais os temas ou conteúdos que são abordados em cada sessão ou módulo da intervenção? Por favor justifique esta escolha.	<i>3 sessões sobre importância da atividade física e 3 sessões sobre alimentação saudável, visto que o objetivo da intervenção é promover o aumento do nível de atividade física e promover melhores escolhas alimentares</i>
9. Existe um manual, um guião ou um protocolo de apoio à implementação da intervenção?	<i>Manual de suporte aos profissionais que implementam as sessões</i>
10. Qual/quais a/s técnica/s de mudança comportamental utilizadas na intervenção? Por favor justifique esta escolha. <u>Técnicas de mudança comportamental</u> – componente ativa de uma intervenção baseada na mudança comportamental.	<i>Estratégias de estabelecimento de objetivos, feedback, suporte social, utilização de um pedómetro para automonitorização do número de passos por dia</i>
11. Foi dado aos participantes algum consentimento informado antes da sua participação?	<i>Foi assegurada a descrição clara dos objetivos da intervenção, explicação de benefícios e potenciais efeitos adversos</i>
12. Que qualificações ou competências devem ter os profissionais envolvidos na intervenção?	<i>Curso superior na área do exercício e saúde, formação em técnicas de mudança comportamental</i>
Questões sobre as estratégias de monitorização e avaliação da intervenção	<u>Exemplo</u>
1. Foram calculados os custos necessários para a realização da intervenção, incluindo os custos por cada participante? Se sim, por favor especifique.	<i>12500€ anuais, sendo que se gastam 120€ anuais em cada participante</i>
2. Foi realizada uma análise de custo-efetividade? Se sim, por favor especifique. <u>Análise de custo-efetividade</u> – análise económica que compara os custos relativos e os <i>outcomes</i> /efeitos de uma ou mais intervenções e tem como objetivo minimizar os custos de atingir um objetivo específico; é expresso pelo rácio entre uma medida de “melhoria de saúde” (anos de vida ganhos, dias sem doença) e os custos associados com essa mesma medida.	<i>Quanto custou a redução da pressão arterial sistólica dos participantes em 10mmHg</i>
3. Qual/quais o/s indicador/es utilizado/s na avaliação de processo? <u>Indicadores de processo</u> – fatores que afetam ou que refletem a forma como uma intervenção foi desenhada ou implementada	<i>Número de sessões dadas, barreiras à implementação do programa</i>
4. Qual/quais o/s indicador/es utilizado/s na avaliação de resultado? <u>Indicadores de resultado</u> – fatores que indicam exatamente o que medir, de forma a perceber se os objetivos/resultados foram atingidos	<i>Aumento do número de passos por dia em 1500, redução de 60 minutos por semana de tempo sedentário</i>
5. Qual/quais o/s método/s ou instrumento/s de avaliação utilizado/s? Por favor justifique esta escolha.	<i>Pedómetro, acelerómetro, balança</i>
6. Quantos momentos de avaliação existiram? Por favor especifique quando estes se realizaram.	<i>3 momentos de avaliação - no início, a meio e no fim da intervenção</i>
7. Existe avaliação de <i>follow-up</i> ou avaliação continuada dos participantes? Por favor especifique quando esta se realiza.	<i>Participantes foram avaliados 3 meses depois da intervenção acabar, intervenção é cíclica e os participantes são avaliados a cada 6 meses</i>
8. As estratégias de recrutamento utilizadas foram reportadas? Se sim, qual foi o seu alcance?	<i>Recrutamento por e-mail ou telefone, tipo de população que o recrutamento atraiu</i>
9. As taxas de participação e de desistência, nos vários momentos de avaliação, foram avaliadas? Se sim, foram reportadas?	<i>Taxa de participação de 95% e desistência de 5% na primeira avaliação e taxa de participação de 80% e desistência de 20% na última avaliação</i>
10. Foi feita alguma avaliação da satisfação dos participantes relativamente à intervenção? Se sim, foi reportada?	<i>Foi entregue um questionário aos participantes sobre a sua satisfação com os conteúdos da intervenção e com o desempenho dos profissionais envolvidos</i>
11. Existiu alguma monitorização de resultados ou <i>outcomes</i> não planeados, decorrentes da intervenção? Se sim, foram reportados?	<i>Reporte de um caso de um participante que desenvolveu um distúrbio alimentar depois de ter participado nas sessões sobre alimentação saudável</i>

12. Existiu alguma monitorização da consistência ou da fidelidade da aplicação do protocolo da intervenção? Se sim, foram feitas algumas alterações? Qual/quais?	<i>Profissionais fizeram supervisão de sessões dadas, reportando que num determinado local não foi possível fazerem uma atividade outdoor prevista devido às condições climáticas</i>
13. Foi calculada a magnitude dos efeitos (<i>effect sizes</i>)? Se sim, por favor especifique. <i>Magnitude dos efeitos (effect sizes)</i> – medida que compara a magnitude da diferença dos resultados obtidos em diferentes grupos de intervenção ou a magnitude da associação entre duas ou mais variáveis.	<i>Existiram diferenças significativas no peso dos participantes após a sua participação no programa</i>
14. O programa foi eficaz? Ou seja, os resultados da avaliação foram ao encontro dos objetivos da intervenção previamente estabelecidos? Se sim, foram reportados?	<i>Participantes aumentaram o número de passos por dia em 1000 e não em 1500, logo os objetivos não foram alcançados</i>
15. Existiu alguma monitorização de consequências negativas decorrentes da participação na intervenção? Se sim, foram reportados?	<i>Potencial risco de lesão após participação numa sessão de atividade física</i>
Questões sobre as estratégias de implementação da intervenção	Exemplo
1. Existiu formação para os profissionais envolvidos, em aspetos da implementação da intervenção?	<i>Curso breve para os profissionais que irão implementar a intervenção sobre o conteúdo das sessões e as atividades que devem ensinar</i>
2. Quais os recursos humanos e materiais necessários para a implementação da intervenção?	<i>Utilização de 1 pavilhão multidesportivo, 3 bolas de fitness, 3 bandas elásticas, 1 máquina de medição da pressão arterial, 1 balança, 4 professores</i>
3. Os recursos previamente existentes foram utilizados ou integrados na implementação?	<i>Utilização da sala de exercício de um ginásio na localidade</i>
4. Foi descrito e definido qual o fluxo de trabalho e comunicação e as tarefas e responsabilidades de cada parte que intervém na intervenção?	<i>Câmara Municipal financia o programa que se realiza no pavilhão desportivo de uma escola na localidade mas quem organiza o recrutamento é o centro de saúde</i>
5. Existiram parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação da intervenção? Se sim, qual/quais?	<i>Instituições do ensino superior, escolas, autarquias, instituições de cariz social, empresas</i>
6. Foi definida uma estratégia que permita manter a intervenção em funcionamento a longo prazo? Se sim, qual?	<i>Existência de apoio institucional, apoio por parte de stakeholders e parceiros, integração em planos de ação de maior escala, alinhamento com orientações estratégicas e políticas</i>
7. Foi aferida a capacidade de transferência da intervenção para outras populações ou contextos? Se sim, de que forma será possível esta transferência?	<i>Possibilidade de a intervenção ser realizada noutra zona do país, tendo em conta condições políticas, sociais e económicas</i>

II. Validação preliminar do instrumento desenvolvido

Após a aplicação piloto, que permitiu uma validação convergente e um refinamento do instrumento de avaliação de boas práticas, passou-se então à sua validação preliminar, em contexto real, através da sua aplicação a um conjunto de cinco programas. Para tal, em complemento à análise da informação disponível online, foram entrevistados individualmente, através de chamada telefónica, os coordenadores desses programas, sendo que cada entrevista demorou cerca de 30 minutos.

O programa A, avaliado na região Norte do país, ficou classificado com 94.7%, quando submetido ao instrumento de avaliação desenvolvido (ver anexo XI). Este programa preenche todos os critérios relacionados com as características da intervenção principal e estratégias de implementação, apresentando apenas algumas limitações nas estratégias de monitorização e avaliação da intervenção.

A intervenção do programa é baseada nas recomendações para a prática de atividade física da OMS (WHO, 2010) e no modelo biopsicossocial de Engel (Engel, 1977). A população-alvo do programa é a população adulta/sénior (adultos com mais de 55 anos) e conta com mais de 2500 participantes. Existem três grupos de intervenção, dentro da população-alvo: um grupo para adultos/séniore independentes, um grupo para adultos/séniore dependentes e um grupo para adultos/séniore que tenham diabetes tipo 2. Os principais objetivos da intervenção passam pela promoção da atividade física, redução do tempo sedentário, aumento da literacia física, promoção da independência funcional e, no geral, na promoção de um estilo de vida mais saudável. O programa dura 10 meses, contando com duas a quatro sessões semanais de exercício físico, dependendo do grupo do participante, sete sessões semanais com atividades complementares (e.g., dança, yoga, *walking football*, etc.), existindo ainda algumas palestras sobre variadas temáticas relacionadas com a educação para a saúde (e.g., diagnóstico precoce de Alzheimer, suporte básico de vida, prevenção de AVCs, workshops mensais de nutrição e cuidados especiais para o grupo de participantes com diabetes tipo 2, etc.) e a participação em eventos desportivos comunitários.

Relativamente a técnicas de mudança comportamental utilizadas, já chegaram a ser dados pedómetros aos participantes, como forma de automonitorização do número de passos que davam diariamente. Esta ação serviu para que os participantes tentassem diminuir o tempo que passam em atividades sedentárias ao longo do dia.

Existe um manual com os procedimentos e protocolos do programa, que está neste momento a ser melhorado, assim como um manual de participação, que é entregue a cada

participante do programa, garantindo que todas as informações e consentimentos necessários lhe são transmitidos. O programa exige que os profissionais envolvidos na intervenção tenham, pelo menos, uma licenciatura na área do desporto, educação física ou exercício e saúde.

No que diz respeito às estratégias de monitorização e avaliação da intervenção, existem algumas limitações. Apesar de serem calculados os custos anuais para a realização do programa, não são calculados os custos por cada participante, não são apresentados os custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise de custo-efetividade), nem é calculada a magnitude dos efeitos da intervenção (*effect sizes*). Contudo, a informação relativa aos demais critérios desta parte da avaliação é providenciada e está bem definida e reportada.

Os participantes têm uma avaliação física e funcional em três momentos ao longo da intervenção, onde se avalia o seu peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da anca, perímetro abdominal e onde se aplica uma bateria de testes de aptidão física e funcional, desenhada para avaliar a população sénior (Rikli & Jones, 1999). Para além disto, respondem ainda, duas vezes ao longo do programa, a um questionário multidimensional, que avalia a auto-perceção de saúde, o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 a dois anos, auto-perceção de bem-estar, expectativas relativas ao programa e é ainda aplicada uma versão reduzida do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão curta). Com estes procedimentos e momentos de avaliação é garantida a existência de um processo de avaliação continuada dos participantes ao longo da intervenção e ao longo dos vários ciclos de aplicação do programa.

No que diz respeito à apresentação de resultados, existe um reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e foi feita uma avaliação das formas de divulgação do programa, para se perceber qual a mais eficaz; é feita uma análise das taxas de participação e desistência do programa; é avaliada a satisfação dos participantes relativamente ao programa; os profissionais envolvidos nas sessões são avaliados, de forma a garantir a fidelidade da aplicação dos procedimentos da intervenção; a eficácia do programa é avaliada e são monitorizados resultados não planeados e consequências negativas decorrentes da participação.

Relativamente às estratégias de implementação do programa, todas elas são garantidas, de alguma forma. Os profissionais envolvidos têm uma formação específica em aspetos da intervenção; estão especificados quais os recursos necessários para a implementação; os recursos existentes na comunidade são integrados e utilizados para implementar o programa; as estruturas de organização e fluxo de trabalho estão bem definidos e existem ainda cerca de 99 parceiros (e.g., instituições do ensino superior, movimento associativo local, centros de dia, Juntas de Freguesia, centros de saúde, etc.) que ajudam a garantir a implementação do programa a longo prazo. Não foi realizada uma aferição formal da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, contudo esta intervenção foi também baseada em intervenções semelhantes que já existissem noutras Câmaras Municipais do país.

Para a região Centro, foi avaliado o programa B. Este programa obteve uma classificação de 89.15%, apresentando alguns aspetos a melhor no que diz respeito às estratégias de monitorização e avaliação e às estratégias de implementação da intervenção, mas respondendo positivamente a todas as características da intervenção principal (ver anexo XII).

Este programa é baseado nas recomendações para a prescrição de exercício na população sénior (Mazzeo & Tanaka, 2001), tendo como público-alvo a população de adultos/séniores com mais de 55 anos residentes num concelho e conta com cerca de 1700 participantes. Os objetivos desta intervenção passam pela melhoria da qualidade de vida dos seus participantes, através dos benefícios da prática de atividade física, pela promoção da autonomia funcional e ainda pela promoção da integração social, apresentando uma abordagem abrangente da promoção da saúde.

O programa dura 9 meses, repetindo-se todos os anos, e inclui sessões práticas de 50 minutos, bi-semanais, de exercício físico e ainda alguns eventos periódicos (e.g., caminhadas, jogos recreativos, etc.). Os participantes são incentivados ao uso de estratégias de automonitorização da atividade física por parte dos profissionais que implementem estas sessões. Estes profissionais, para poderem fazer parte deste programa, têm de ter como formação de base

uma licenciatura na área do desporto, educação física ou em fisiologia do exercício, sendo que é dada preferência a esta última área de formação. Existe um manual do Projeto Pedagógico do programa, que descreve detalhadamente todos os aspetos ligados às características e procedimentos da intervenção, e é dado um consentimento informado aos participantes aquando da sua inscrição no programa.

Relativamente às estratégias de monitorização e avaliação da intervenção, foram calculados os custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por cada participante, mas não foi feita nenhuma análise de custo-efetividade.

Os indicadores de processo e de resultado a avaliar estão especificados, existindo dois momentos de avaliação dos participantes, no início e no final de cada época, garantindo a avaliação continuada dos participantes. Esta avaliação consiste na medição do peso, altura, IMC, perímetro abdominal e na aplicação de alguns testes de aptidão funcional (levantar e sentar na cadeira; 6 minutos a caminhar; sentado, caminhar 2.44 metros e voltar a sentar; alcançar atrás das costas) (Rikli & Jones, 1999) e um teste de avaliação do equilíbrio (caminhar 10 passos em linha) (Rose et al., 2006). Os resultados face aos objetivos estabelecidos são reportados, no entanto, não é feita uma monitorização de consequências negativas decorrentes da participação no programa, nem é calculada a magnitude dos efeitos (*effect sizes*) da intervenção.

Relativamente aos indicadores de avaliação de processo, as estratégias de recrutamento utilizadas estão reportadas, é feita uma análise das taxas de participação e desistência, é feito um estudo e um relatório sobre a satisfação dos participantes com o projeto, resultados não planeados decorrentes da participação são monitorizados e existe uma aferição da fidelidade da consistência ou das adaptações feitas ao longo do programa, através de visitas às sessões e reuniões mensais com os profissionais.

No que diz respeito às estratégias de implementação da intervenção, existe uma formação específica do programa para os profissionais envolvidos, os recursos humanos e materiais estão especificados, os recursos existentes na comunidade são integrados na implementação do

programa e existe uma definição clara da estrutura organizacional da intervenção. A intervenção é desenvolvida e implementada pela Câmara Municipal e pelas Juntas de Freguesia e, apesar de não tem mais nenhum parceiro institucional, existe uma estratégia definida que permita manter o programa em funcionamento a longo prazo. A capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos não foi aferida.

Na Área Metropolitana de Lisboa foram avaliadas as boas práticas do programa C, que estando ainda numa fase inicial da sua implementação, obteve uma classificação de 93.7% (ver anexo XIII). Este programa responde positivamente a todas as questões relacionadas com as características da intervenção principal e estratégias de implementação da intervenção, apresentando apenas alguns pontos a limar no que diz respeito às estratégias de monitorização e avaliação da intervenção.

O conteúdo e o desenho da intervenção do programa C teve como fundamentação científica as recomendações para a prática de atividade física dadas pela OMS (WHO, 2010) e pelo ACSM (ACSM, 2017), assim como as políticas de saúde estabelecidas pela União Europeia (European Commission, 2017). Neste sentido, os seus principais objetivos passam por melhorar o estado de saúde dos seus participantes, fomentar o convívio social, fortalecer laços na comunidade, promover o envelhecimento ativo, combater o isolamento e contribuir para a obtenção de ganhos em saúde.

Este programa tem como público-alvo toda a população residente na área de intervenção e que tenha mais de 55 anos. Os participantes, após se inscreverem no programa e assinarem um consentimento informado, têm, durante 10 meses, três módulos que fazem parte da intervenção. Um módulo de atividade física, que inclui aulas duas a três vezes por semana, com duração de uma hora, de dança, fitness, caminhada, tai chi, pilates, yoga e hidroginástica; um módulo de nutrição que inclui não só uma avaliação nutricional do participante, como consultas de nutrição ao longo do programa; e, por último, um módulo de literacia física e estilos de vida saudáveis,

que consiste numa sessão teórico-prática por mês, que envolvem técnicas de mudança comportamental, sobre temas de nutrição e alimentação saudável, promoção da atividade física e redução do tempo sedentário e na gestão individual da saúde. Existem também convívios sociais promovidos ao longo do programa.

Os técnicos envolvidos na implementação das sessões do programa têm de ter, pelo menos, uma licenciatura na área das ciências da motricidade e são também formados especificamente em aspetos do programa. Existe um manual de procedimentos de apoio à implementação do programa, que é distribuído também para os técnicos envolvidos.

No que diz respeito aos processos de monitorização e avaliação da intervenção, a satisfação dos participantes relativamente ao programa, as sessões e os técnicos são avaliados e foram calculados os custos necessários para a implementação do programa numa época desportiva, mas não os custos por cada participante envolvido. Não foi realizada nenhuma análise de custo-efetividade e não é calculada a magnitude dos efeitos (*effect sizes*), pelo menos para já.

Contudo, existe uma avaliação de indicadores de processo e de resultado. Por exemplo, no início e no final da intervenção, os participantes são avaliados quanto aos seus níveis de atividade física e sedentarismo e através de uma bateria de testes de aptidão física e funcional (Rikli & Jones, 1999) no que diz respeito à sua aptidão cardiorrespiratória, força e resistência muscular, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e velocidade. São também sujeitos a uma avaliação nutricional e da composição corporal, em que se mede o seu peso, altura, IMC, perímetro da anca e da cintura, pressão arterial e na qual são aplicados questionários de nutrição e comportamento alimentar, autoavaliação da alteração de comportamentos e sobre a sua qualidade de vida. Este processo garante a existência de uma avaliação de *follow-up* ou continuada dos participantes e permite uma aferição da eficácia do programa, face aos objetivos estabelecidos. São também avaliadas as taxas de participação e desistência, as estratégias de recrutamento, os resultados não planeados e as consequências negativas decorrentes da participação no programa.

Relativamente às estratégias de implementação da intervenção, são especificados os recursos humanos e materiais necessários para a realização do programa, os recursos existentes na comunidade são integrados e utilizados para as sessões, o fluxo de comunicação e trabalho está bem descrito no manual de procedimentos do programa, assim como está descrita a estratégia que permite o programa manter-se a longo prazo e a definição das parcerias que existem para que a implementação da intervenção seja possível (entre Câmara Municipal, Santa Casa da Misericórdia, DGS e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo). Neste tópico, só não foi ainda aferida formalmente a capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, dado que o programa está em fase inicial.

O programa D, pertencente à NUTSII do Alentejo, obteve uma classificação relativa às boas práticas apresentadas de 78.04% (ver anexo XIV). Apesar de responder à maioria dos critérios, este programa apresenta alguns aspetos que poderão ser melhorados, em todas as áreas de avaliação global.

Este programa foi desenhado com base em programas comunitários de promoção da atividade física existentes noutras Câmaras Municipais, mas não apresenta nenhum racional sustentador da intervenção. A população-alvo é a população adulta/sénior com mais de 55 anos, apesar de o programa também ter grupos de intervenção com pessoas portadoras de deficiência, crianças em ensino pré-escolar da rede pública do concelho e para a população em geral, englobando cerca de 2010 participantes. O grupo de participantes da população-alvo é dividido em grupos de adultos/séniores autónomos ou dependentes.

Os objetivos deste programa são a promoção da prática desportiva, promoção da saúde e do bem-estar e da qualidade de vida, alertar a população para os benefícios da prática de atividade física, como o aumento da mobilidade articular, força, flexibilidade e resistência aeróbia, promover a sociabilização entre os participantes e a interação entre as autarquias do concelho. Assim, apresenta uma abordagem abrangente da promoção da saúde.

A intervenção do programa dura de setembro a junho, existindo uma oferta de 12 sessões práticas de exercício físico por semana, com a duração de 45 minutos, existindo também alguns convívios e eventos desportivos ao longo da época. Não são especificadas as técnicas de mudança comportamental utilizadas.

Existe um manual com os protocolos do programa, que serve de apoio à aplicação da intervenção pelos profissionais de exercício. Estes profissionais precisam de ter formação superior na área do exercício, desporto ou educação física e são encorajados a adquirir formações adicionais, apesar de não terem nenhuma formação específica em aspetos da intervenção. Aos participantes é fornecido um consentimento informado com estes aspetos da intervenção.

Na área das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção, os custos anuais necessários para a realização da intervenção são calculados, não sendo feito um cálculo dos custos por cada participante. Não é feita uma análise custo-efetividade.

Os participantes são avaliados três vezes por ano, relativamente a medidas da composição corporal (peso, altura, IMC, massa gorda, perímetro abdominal e perímetro da anca), pressão arterial e frequência cardíaca de repouso, realizam um teste de força dos membros inferiores (levantar e sentar na cadeira) (Rikli & Jones, 1999) e ainda uma bateria de testes de avaliação do equilíbrio (*Fullerton Advanced Balance Scale*) (Rose et al., 2006). Assim, para além de avaliarem indicadores do processo do programa, como o número de sessões dadas e as taxas de participação e desistência dos participantes, são também avaliados indicadores de resultado, garantindo uma avaliação continuada dos participantes ao longo do programa.

Relativamente à apresentação dos resultados obtidos, as estratégias de recrutamento foram reportadas, assim como são avaliadas as taxas de participação e desistência dos participantes, existe monitorização de resultados não planeados e da consistência/fidelidade das adaptações feitas ao longo do programa e a eficácia da intervenção é também avaliada. Contudo, não é feito nenhum reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção, não é realizado o cálculo da magnitude dos efeitos (*effect sizes*) e também não existe monitorização de

consequências negativas decorrentes da participação.

Sobre as estratégias de implementação da intervenção, apesar de não existir formação específica em aspetos do programa dada aos profissionais que dão as sessões, existe a especificação dos recursos humanos e materiais necessários, sendo os recursos locais integrados na intervenção. Existe uma definição das estruturas organizacionais da intervenção com os múltiplos parceiros do programa (e.g., Juntas de Freguesia, grupos desportivos, centros paroquiais, bombeiros voluntários, instituições do ensino superior e instituições particulares de solidariedade social), e estes parceiros ajudam na manutenção do funcionamento do programa a longo prazo. A capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos não foi aferida formalmente, mas este programa é adaptado para vários tipos de população.

Por fim, para a região do Algarve, foram avaliadas as boas práticas do programa E, com 86.06% (ver anexo XV). Apesar de responder à maioria das questões, este programa apresenta alguns aspetos em que poderia ainda ser melhorado em todas as áreas de avaliação global.

Este programa foi desenhado com base nas recomendações para a prática de atividade física da OMS (WHO, 2010), apresenta uma abordagem abrangente da promoção da saúde e tem como população-alvo a população adulta e sénior com mais de 40 anos, estando divididos em grupos de população no ativo ou na reforma. Os objetivos deste programa são a promoção de hábitos de vida saudáveis, promoção da prática de atividade física regular, melhorias na condição física dos participantes, prevenção de doenças e o aumento do número de praticantes de atividade física no concelho abrangido.

A intervenção inclui, pelo menos, duas sessões semanais de exercício físico durante 50 minutos, ao longo de 10 meses. Para além disto, o programa está também inserido no Programa Nacional de Marcha e Corrida e conta com 10 sessões de sensibilização para a saúde com o apoio de médicos que dão essas formações. Existe um manual com os protocolos da intervenção, é dado um consentimento informado aos participantes e os profissionais envolvidos têm de ter formação

na área do desporto, educação física ou fisiologia do exercício. Contudo, não são especificadas as técnicas de mudança comportamental utilizadas.

No que diz respeito à monitorização e avaliação da intervenção, são calculados os custos anuais de realização do programa, mas não se calculam os custos necessários por cada participante, nem se fez uma análise de custo-efetividade. Os indicadores de processo e de resultado a avaliar foram especificados, sendo que os participantes são avaliados em dois momentos, no início e no fim da intervenção e ao longo dos vários ciclos do programa, segundo uma bateria de testes de aptidão física e funcional (Rikli & Jones, 1999).

Relativamente à apresentação dos resultados obtidos, as estratégias de recrutamento foram reportadas, é feita análise das taxas de participação e desistência dos participantes ao longo do programa e é feita uma monitorização dos resultados não planeados, das consequências negativas decorrentes da participação e da eficácia do programa. No entanto, não é avaliada a satisfação dos participantes relativamente à intervenção, não é aferida a consistência na aplicação do protocolo da intervenção e não é calculada a magnitude dos efeitos da intervenção (*effect sizes*).

Das estratégias de implementação da intervenção, não existe uma formação para os profissionais envolvidos em aspetos específicos da intervenção e não foi aferida, formalmente, a capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, apesar deste programa ter sido baseado noutros programas semelhantes implementados por outras Câmaras Municipais. A especificação dos recursos necessários à intervenção, a integração dos recursos já existentes na comunidade, a definição das estruturas de organização e fluxo de trabalho, a existência de parcerias (e.g., Juntas de Freguesia, centros de saúde, Instituto Português do Desporto e Juventude, Programa Nacional de Marcha e Corrida, etc.) e um plano que permita a manutenção do programa a longo prazo estão garantidos.

Resumindo os resultados das entrevistas de avaliação a todos os programas, podemos concluir que se tratou de uma amostra de programas de boa qualidade no que às boas práticas diz respeito. A pontuação média dos programas, no que diz respeito ao cumprimento de critérios de boas práticas, foi de 88.33%, sendo que a avaliação mínima foi de 78.04% e a máxima de 94.7%.

Todos os programas têm como público-alvo a população sénior, ou com mais de 55 anos e que resida no concelho, garantindo equidade desta população no acesso ao programa e apresentando uma abordagem abrangente da promoção da saúde. Todos eles são compostos por sessões práticas de exercício físico semanais e são complementados com outro tipo de atividades (e.g., palestras, eventos comunitários, convívios e sessões teóricas sobre vários temas relacionados com a saúde, nomeadamente a nutrição).

Todos os programas entrevistados se basearam em evidência científica, quer seja em recomendações de entidades de referência (ACSM, 2017; WHO, 2010) quer em modelos de intervenção biopsicossociais (Engel, 1977), como também na metodologia e nos procedimentos de outros programas comunitários de promoção da atividade física existentes anteriormente no concelho e em programas de outros concelhos do país. Três dos cinco programas reportaram utilizar técnicas de mudança comportamental que as permitissem alcançar os objetivos definidos.

Todos os programas incluídos desenvolveram um manual ou um guião com os protocolos e procedimentos do projeto, ajudando os profissionais envolvidos na implementação da intervenção. Estes profissionais deverão ter formação na área do desporto e exercício físico para que possam ser parte integrante da equipa da intervenção. Antes de poderem iniciar a participação no programa, é pedido a todos os participantes que assinem um consentimento informado, que lhes é fornecido no momento da inscrição, e que lhes dá informações acerca dos riscos e benefícios decorrentes da sua participação na intervenção.

No que diz respeito à monitorização e avaliação da intervenção, todos os programas calculam os custos necessários anualmente para a realização do programa, assim como monitorizam as taxas de participação e desistência dos participantes ao longo da intervenção,

apesar de nenhum calcular especificamente o custo por cada participante. Uma análise de custo-efetividade também nunca é realizada.

Relativamente ao delineamento da avaliação e reporte dos resultados, todos os programas entrevistados especificam quais os indicadores de processo e de resultado a avaliar, tendo metodologias e procedimentos de avaliação dos participantes já bem definidos e implementados. As estratégias de recrutamento também estão definidas.

Três programas avaliam a satisfação dos participantes relativamente à intervenção. Todos os programas monitorizam resultados não planeados e três dos programas monitorizam ainda as consequências negativas decorrentes da participação.

A aferição da consistência/fidelidade da implementação da intervenção é feita em três programas através da avaliação de algumas das sessões dadas. O cálculo da magnitude dos efeitos (*effect sizes*) não é realizado em nenhum dos programas avaliados.

No que diz respeito às estratégias de implementação da intervenção, três programas têm uma formação específica para os profissionais envolvidos, relativamente a aspetos da intervenção. Todas as Câmaras Municipais têm reportados os recursos que precisam para a realização da intervenção, procurando ao máximo integrar recursos previamente existentes na comunidade, assim como têm bem definido e estruturado qual o fluxo de trabalho e responsabilidades dos vários parceiros envolvidos no programa. São estas parcerias que permitem manter o programa em funcionamento a longo prazo.

O último critério, relativo à aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, não é respondido totalmente por nenhum dos programas. Não foi realizado um estudo que permitisse retirar conclusões, mas, mesmo assim, é defendido que uma vez que o programa foi adaptado de outros já existente noutras Câmaras Municipais, funcionaria também noutros locais. Alguns dos programas até já são adaptados a vários tipos de população (e.g., idosos dependentes e independentes).

Discussão

A presente dissertação foi desenvolvida no sentido de concretizar dois objetivos: o desenvolvimento, seguido de uma validação piloto e preliminar, de um instrumento de identificação e avaliação de boas práticas em programas comunitários de promoção da atividade física. Procurou-se, através de metodologias científicas, contribuir para melhores práticas futuras, facilitadas pela existência de um instrumento de cariz mais pragmático, melhor adaptado à realidade nacional e ao contexto em que as intervenções comunitárias decorrem, quando comparado a instrumentos semelhantes desenvolvidos por outras entidades/grupos de investigação e que se baseiam apenas em intervenções desenvolvidas em contexto de investigação (Ng & De Colombani, 2015).

Após uma primeira fase de revisão de literatura existente relativa a critérios de boas práticas em programas comunitários (CHRODIS, 2015; Horodyska et al., 2015b), foram encontrados 83 critérios diferentes enquadrados nas 3 áreas de descrição global definidas pela OMS (WHO Regional Office for Europe, 2011). Tendo estes critérios sido sistematizados por um painel de peritos, eliminando algumas redundâncias encontradas, foi possível chegar a uma solução final de 34 critérios de boas práticas. Tal sistematização potencia a fácil adoção por diferentes agentes que participem em intervenções comunitárias, como investigadores, parceiros e outros *stakeholders*, bem como profissionais que atuem nas comunidades.

Outra vantagem deste instrumento, para além de simplificar evidência existente, é que não se foca apenas em categorias abrangentes que podem ser difíceis de aplicar em contexto (Glasgow & Emmons, 2007), mas preocupa-se em estabelecer critérios bem definidos e facilmente identificáveis. Este processo facilitará, posteriormente, a avaliação de boas práticas em programas comunitários. A este nível, e após realização da aplicação piloto do instrumento a especialistas na área, foi possível chegar a uma versão refinada, com a terminologia chave clarificada e com exemplos práticos, ilustrando e facilitando o seu preenchimento.

O instrumento refinado foi também considerado válido em termos do seu potencial de discriminação, uma vez que a sua aplicação a dois programas cuja qualidade ao nível das boas práticas já havia sido atestada por enquadramentos macro de referência (e.g., União Europeia e CIPAF), corroborando esta avaliação. Esta aplicação refletiu uma avaliação perto dos 100%, como era expectável, para ambos os programas (96.57% e 99.5%).

Após a sua aplicação piloto, a última fase da presente dissertação visou a validação preliminar do instrumento, através da sua aplicação a cinco programas comunitários de promoção da atividade física existentes nas diversas regiões do país. Verificou-se que o instrumento é simples de aplicar, fácil de ser compreendido e que a sua aplicação via entrevista telefónica demora cerca de 30 minutos.

Relativamente à classificação quantitativa obtida pelos programas avaliados, todos eles obtiveram classificações acima de 70%. Estas classificações elevadas podem ser explicadas pelo próprio processo de seleção da amostra. É importante sublinhar que o objetivo desta dissertação é a validação preliminar de um instrumento de avaliação de boas práticas e não a caracterização do panorama nacional de programas comunitários. Assim sendo, a amostra selecionada seguiu um critério de conveniência, tendo sido selecionados os programas, através de diretórios, com base na sua expressividade.

No que diz respeito aos vários indicadores de boas práticas contidos no instrumento, os resultados sublinharam a sua pertinência, salvo algumas exceções. Mais especificamente, a área que diz respeito às características da intervenção principal foi a que mais positivamente foi respondida, sendo aquela que pesa mais na nota final (55.5%). As áreas relativas às estratégias de monitorização e avaliação da intervenção (24.5%) e sobre as estratégias de implementação da intervenção (20%) são as que menos pesam para a classificação final e foram aquelas às quais um maior número de programas apresenta ainda alguns aspetos por melhorar. Esta distribuição das cotações poderá ter influenciado a avaliação final dos programas, que acabou sempre por ser elevada, visto que todos eles facilmente respondem aos critérios da área de descrição com maior

ponderação.

Dentro destas áreas de descrição, e de todos os critérios avaliados e respondidos, alguns não eram seguidos por nenhum dos programas, o que pode indiciar uma necessidade de reformulação dos mesmos. Existiram quatro critérios que não foram respondidos por nenhum dos programas: a avaliação do custo por participante, a apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise custo-efetividade), o cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos (*effect sizes*) e a aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos.

O cálculo do custo por participante vem definido numa revisão sistemática da literatura (Horodyska et al., 2015b) como uma característica de boas práticas a avaliar. Apesar de todos os programas entrevistados reportarem quais os custos anuais necessários para a realização da sua intervenção, esta medida específica do custo por cada um dos participantes do programa não é determinada. Contudo, este critério pode ser facilmente inferido através do valor dos custos anuais da intervenção, que se verificou que são calculados em todos os programas avaliados, e através do número total de participantes do programa, medida que também é avaliada pelo reporte das taxas de participação e desistência da intervenção. Neste sentido, numa futura aplicação deste instrumento de avaliação de boas práticas, pode ser plausível considerar este critério como totalmente atingido se o programa a avaliar realizar uma monitorização dos custos anuais do programa e da taxa de participação na intervenção.

O critério que avalia a apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise custo-efetividade) vem, também, definido como uma boa prática a avaliar, numa revisão sistemática da literatura (Horodyska et al., 2015b). A análise custo-efetividade tem como objetivo comparar os custos de uma intervenção com o seu efeito/resultado (Lakhani, 2014). Este tipo de análise é relevante na medida em que ajuda a identificar quais as intervenções que têm o potencial de produzir os melhores resultados na saúde dos seus participantes, utilizando menos recursos. É especialmente útil para que seja possível comparar

programas que se propõem ao mesmo objetivo, percebendo qual deles o menos dispendioso (The Health and Environment Linkages Initiative, 2010). Pode ser igualmente útil para perceber e informar quem implementa uma determinada intervenção se, ao longo de vários ciclos de aplicação, o programa se está a tornar mais eficaz utilizando menos recursos da comunidade.

Apesar desta análise ser considerada como um critério de boas práticas identificado na literatura, nenhum dos programas comunitários avaliados a realizou. O que parece impossibilitar a realização de análises de custo-efetividade prende-se com o facto das entidades que implementam estas intervenções, como é o caso das Câmaras Municipais, não terem os recursos ou a formação necessária para que este tipo de análise possa ser realizada.

Outro critério de boas práticas que também não foi avaliado em nenhum dos programas foi o cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos da intervenção (*effect sizes*). Esta medida compara a magnitude da diferença dos resultados obtidos em diferentes grupos ou diferentes momentos de avaliação de uma intervenção, percebendo qual o grupo mais eficaz ou se a intervenção foi de facto eficaz (Sullivan & Feinn, 2012). Este critério pode não ter sido avaliado pelos programas entrevistados por duas razões distintas. Primeiro, nenhum dos programas comunitários analisados funciona com mais do que uma intervenção. Isto é, todos os grupos de participantes são sujeitos à mesma intervenção/programa, não existindo um grupo de controlo, por exemplo. Outro entrave para a realização deste cálculo surge devido ao facto das entidades que implementam estas intervenções, como é o caso das Câmaras Municipais, não terem os recursos ou a formação necessária para que este tipo de análise possa ser realizada. De forma a ultrapassar estas barreiras, e de forma a que este tipo de cálculo fosse possível de concretizar, a existência de parcerias entre as Câmaras Municipais e instituições de ensino superior (e.g., Universidades) poderia ser vantajosa.

Por último, o critério que avalia a aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos não é respondido, pelo menos na totalidade, pelos programas avaliados. Esta capacidade de transferência e adaptação de um programa é importante

para que seja possível desenvolver um processo de disseminação do mesmo para outras comunidades, de forma a assegurar a promoção da atividade física em maior escala (European Commission, 2011).

Alguns dos coordenadores dos programas que foram entrevistados referiram que esses mesmos programas já eram baseados em intervenções comunitárias existentes noutros pontos do país e que, por isso, já estavam, de certa forma, a contribuir para a disseminação destas intervenções. Contudo, não foi realizado nenhum estudo formal acerca desta capacidade de transferência e verificação da validação desta adaptação ao contexto local.

Assim, podemos afirmar que este instrumento de avaliação de boas práticas em programas comunitários de promoção da atividade física parece estar adequado ao panorama nacional, apesar de poder sofrer algumas alterações que melhorem ainda mais o seu processo de avaliação.

Conclusões: Potencialidades e Limitações

Após desenvolvimento e aplicação para validação preliminar do instrumento de avaliação de boas práticas em programas comunitários de promoção da atividade física, foi possível verificar que este instrumento é passível de uma aplicação simples e adaptada ao contexto comunitário. Neste sentido, e face aos objetivos propostos para a presente dissertação, é possível afirmar que a validação preliminar do instrumento desenvolvido permitiu confirmar a sua adequação, relativamente à avaliação de boas práticas em intervenções comunitárias existentes em Portugal. Verificou-se também que este instrumento, quando contrastado com outros instrumentos semelhantes previamente existentes, permite que se realize uma avaliação de critérios de boas práticas de uma forma menos exaustiva, facilitando o processo de resposta ao mesmo. Um aspeto inovador do instrumento desenvolvido, passa também pela possibilidade de atribuir uma avaliação quantitativa, em percentagem, às intervenções comunitárias segundo o maior ou menor cumprimento dos vários critérios de boas práticas definidos. Alguns instrumentos de avaliação semelhantes apenas definem quais os critérios de boas práticas que devem constar neste tipo de intervenções (Horodyska et al., 2015b; JANPA, 2015; SCIROCCO, n.d.) ou então consideram apenas as respostas ao instrumento de forma dicotómica (e.g., cumpre vs. não cumpre determinado critério) (CHRODIS, 2015).

É importante sublinhar que esta dissertação pretendeu, acima de tudo, desenvolver o instrumento, tendo este sido sujeito a apenas uma validação preliminar, a qual não é isenta de limitações. Por exemplo, não foram incluídos programas comunitários das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira para a amostra de intervenções nacionais. Tal prendeu-se com o facto de as duas bases de dados consultadas (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2012; Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 2017) para a seleção da amostra não apresentarem programas comunitários destas regiões que cumprissem com os requisitos pedidos - intervenções

cujo objetivo principal era a promoção da atividade física e com alguma expressividade em termos de participantes. Também o processo de seleção das intervenções em cada NUTSII, e com base na sua expressividade, ditou baixa heterogeneidade nas intervenções avaliadas, sendo todas elas de boa qualidade e cumprindo a larga maioria dos critérios propostos. Tal fator terá contribuído que programas de menor qualidade terão provavelmente ficado de fora, não tendo o instrumento tido margem para avaliar a heterogeneidade existente, o que é uma limitação a apontar.

A validação das cotações e valores percentuais atribuídos a cada um dos critérios, definida por painel de especialistas, pode ainda ser alvo de maior refinamento, após validação em maior amostra. Esta verificação poderá ser feita utilizando métodos estatísticos mais sofisticados, que extravasam as possibilidades desta dissertação.

Por último, o instrumento parece incluir alguns critérios de avaliação que poderão ser demasiado inatingíveis para este tipo de intervenções comunitárias (e.g., análise custo-efetividade, cálculo da magnitude dos efeitos, etc.). Apesar disto, poderá ser útil que estes critérios permaneçam no instrumento visto que um dos seus objetivos passa pela possibilidade de autoavaliação (i.e., ao responder ao conjunto de questões o responsável pelo programa fica também com a noção das áreas e indicadores que não se encontram cobertos pela intervenção), com um carácter pedagógico para os programas que se submeterem a este processo de avaliação. O facto de uma intervenção verificar, através da resposta a este instrumento, que não apresenta alguns dos indicadores pedidos poderá despoletar uma procura pela resposta aos critérios em falta. Este carácter pedagógico do instrumento desenvolvido ajudará não só na melhoria das características de intervenções já existentes, como também poderá servir como exemplo e modelo a seguir para novas intervenções que estejam a ser desenvolvidas.

A principal finalidade do instrumento desenvolvido nesta dissertação será a sua adaptação para um formulário online de recolha de dados. Este formulário pretende que os programas comunitários existentes possam submeter, de forma independente, as suas

intervenções para avaliação relativamente a boas práticas que apresentem.

Este mecanismo online servirá não só para avaliar as intervenções submetidas, como possibilita a criação de uma base de dados exaustiva acerca de programas comunitários de promoção da atividade física que existam a nível nacional. Este processo de identificação e avaliação de boas práticas em programas comunitários permite o seu reconhecimento e disseminação a nível nacional, o que vai ao encontro de um dos desígnios definidos pelo PNPAF (PNPAF, 2018).

Apesar da aplicabilidade do instrumento desenvolvido só ter sido validada em programas comunitários de promoção da atividade física, este instrumento tem também o potencial de ser adotado noutras áreas (e.g., programas comunitários na área da nutrição, etc.). Os critérios de boas práticas definidos não se restringem à área da atividade física, mas à promoção da saúde, permitindo que este instrumento possa ser adaptado e validado para intervenções comunitárias de promoção da saúde em diferentes contextos.

Referências Bibliográficas

- Adler, M., & Ziglio, E. (1996). *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health*. (Adler & Ziglio, Ed.). Jessica Kingsley Publishers.
- American College of Sports Medicine. (2017). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Baker, P., Francis, D., Soares, J., Weightman, A., & Foster, C. (2015). Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo. rev. e atual.* (70th, 3rd ed.). Lisboa: Edições.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F., Martin, B. W., ... Group, W. (2012). Physical Activity 2 - Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 6736(12), 1–14.
- CCDRC. (2018). *Boas Práticas - Envelhecimento Ativo e Saudável na Região Centro*. (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro, Ed.).
- CDSS. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- CHRODIS, J. A. (2015). Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle - Work Package 5: Task 3. Good Practices in Health Promotion & Primary Prevention of Chronic Diseases, 1–52.
- Dadaczynski, Kevin; Paulus, Peter; de Vries, Nanne; de Ruiter, Silvia; Bujis, G. (2010). *HEPS Inventory Tool - An inventory tool including quality assessment of school interventions on healthy eating and physical activity*.
- Das, P., & Horton, R. (2012). Rethinking our approach to physical activity. *The Lancet*, 380(9838), 189–190.
- Das, P., & Horton, R. (2016). Physical activity—time to take it seriously and regularly. *The Lancet*, 388(10051), 1254–1255.
- DGS. (2017a). Plano de Atividades 2017.
- DGS. (2017b). *Plano Estratégico 2017-2019*.
- Diário da República, 1.^a série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2019 (2019).
- Diário da República, 2.^a série — N.º 108 — 6 de junho de 2016 (2016).
- Diário da República, 2.^a série — N.º 25 — 5 de fevereiro de 2018 (2018).
- Diário da República, 2.^a série — N.º 83 — 28 de abril de 2017 (2017).

- Diário da República, 2.^a série — N.º 94 — 16 de maio de 2016 (2016).
- Diário da República, Série I-A — N.º 255 — 5 de novembro de 2002 (2002).
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286).
- European Commission. (2010). Special Eurobarometer 334 Report. Sport and physical activity., 1–98.
- European Commission. (2011). *European guide of healthy physical activity and sports programmes: Methodology and compilation of best practices*. Directorate of Communications Barcelona Provincial Council.
- European Commission. (2014). *Special Eurobarometer 412 Report. Sport and physical activity*.
- European Commission. (2016). *Criteria to select best practices in health promotion and chronic disease prevention and management in Europe*.
- European Commission. Strategic Plan 2016-2020 - DG Health & Food Safety (2017). European Commission. (2018). *Special Eurobarometer 472 Report. Sport and physical activity*. Figueras, Tamyko Ysa; de la Peña, Maria Cortada; Tura, C. E. (2003). *Criterios para detectar buenas prácticas locales*.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2014). Good practices template, (March), 1–5.
- GAPA & ISPAH. (2010). *The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action*. www.globalpa.org.uk/ (Vol. 7).
- GAPA & ISPAH. (2011). *NCD Prevention: Investments that Work for Physical Activity*.
- Glasgow, R. E., & Emmons, K. M. (2007). How Can We Increase Translation of Research into Practice? Types of Evidence Needed. *The Annual Review of Public Health*, 28:413(33).
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U., ... Group, W. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247–257.
- Hanson, S., & Jones, A. (2017). Missed opportunities in the evaluation of public health interventions : a case study of physical activity programmes. *BMC Public Health*,
- Horodyska, K., Luszczynska, A., Hayes, C. B., O'Shea, M. P., Langøien, L. J., Roos, G., ... Brug, J. (2015a). Implementation conditions for diet and physical activity interventions and policies: An umbrella review. *BMC Public Health*, 15(1).
- Horodyska, K., Luszczynska, A., Van Den Berg, M., Hendriksen, M., Roos, G., De Bourdeaudhuij, I., & Brug, J. (2015b). Good practice characteristics of diet and physical activity interventions and policies: An umbrella review. *BMC Public Health*, 15(1), 1–16.

- JANPA. (2015). *Definition and criteria of good practice for childhood obesity prevention programs in kindergartens and schools (WP6 Healthy environments by integrated approaches)*.
- Kallio, H., Pietil, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*.
- Lakhani, R. (2014). *Economia da Saúde: Conceitos e Métodos de Avaliação*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012a). Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *The Lancet*, 380(9838), 219–229.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., ... Wells, J. C. (2012b). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219–229.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. Universidade do Porto.
- Loyen, A., Hagströmer, M., Luís Sardinha, B. B., Steene-Johannessen, J., Fátima Baptista, B., Bjørge Hansen, B. H., ... Loyen aloyen, A. (2017). Sedentary Time and Physical Activity Surveillance Through Accelerometer Pooling in Four European Countries. *Sports Medicine*, 47, 1421–1435.
- Mazzeo, R. S., & Tanaka, H. (2001). Exercise Prescription for the Elderly. *Sports Medicine*, 31(11), 809–818.
- Mendes, R., Sousa, N., & Reis, V. (2013). Diabetes em Movimento® – Community- based exercise program for patients with type 2 diabetes. *Br J Sports Med*.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2008). Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el sistema nacional de salud, 39(5), 561–563.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2011). The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community.
- Ng, E., & De Colombani, P. (2015). Framework for selecting best practices in public health: a systematic literature review. *Journal of Public Health Research*, 4(3).
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases, 1–72.
- Piercy, K., Troiano, R., Ballard, R., Carlson, S., Fulton, J., Galuska, D., ... Olson, R. (2018). The

- Physical Activity Guidelines for Americans, 320(19), 2020–2028.
- PNPAF. (2018). *Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física*.
- Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. (2012). *Saúde em Rede. Boas Práticas das Cidades Saudáveis*.
- Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. (2017). *20 Anos em Rede: Boas Práticas dos Municípios Saudáveis*.
- REDESPP. (2016). *Programas de Promoção de Atividade Física com Intervenção Comunidade (2015-2016)*.
- Reis, R. S., Salvo, D., Ogilvie, D., Lambert, E. V., Goenka, S., & Brownson, R. C. (2016). Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *The Lancet*, 388(10051), 1337–1348.
- Rikli, R. E., & Jones, C. J. (1999). Development and Validation of a Functional Fitness Test for Community-Residing Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7(129–161).
- Rose, D. J., Lucchese, N., Wiersma, L. D., Dj, A. R., Lucchese, N., & Devel-, W. L. D. (2006). Development of a Multidimensional Balance Scale for Use With Functionally Independent Older Adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(November), 1478–1485.
- Sallis, J. F., Bull, F., Guthold, R., Heath, G. W., Inoue, S., Kelly, P., ... Hallal, P. C. (2016). Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *The Lancet*, 388(10051), 1325–1336.
- Scirocco. (n.d.). <https://www.scirocco-project.eu/>.
- Silva, M. N. (2017). O clube de futebol como promotor da saúde na população: o exemplo do programa EuroFIT. *Revista Fatores de Risco*.
- Silva, P. . et. al. (2016). *Estratégia nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF 2016-2025)*.
- Soares, P.; Rosa, B.; Carranza, M. (2017). *Municípios Amigos do Desporto. Sessenta Municípios Portugueses e Barcelona*. (Cidade Social, Ed.).
- SPAcE. (2017). *SPAcE - Environments for Physical Activity in Europe. A Review of Evidence and Examples of Practice*.
- Sport England. (2016). *Tackling Inactivity: Executive Summary Report*.
- Sullivan, G., & Feinn, R. (2012). Using Effect Size—or Why the P Value Is Not Enough. *Journal of Graduate Medical Education*, (September), 279–282.
- Teixeira, P., & Mendes, R. (2018, November 4). Colocar a diabetes em movimento. *Público*.
- The Health and Environment Linkages Initiative. (2010). Cost-effectiveness analysis for health interventions. Retrieved from <https://www.who.int/heli/economics/costeffanalysis/en/>

- Uebersax, J. S. (2006). Likert scales: dispelling the confusion. *Statistical Methods for Rater Agreement*, 31.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Retrieved from <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030>
- Van Nassau, F., Van Der Ploeg, H. P., Abrahamsen, F., Andersen, E., Anderson, A. S., Bosmans, J. E., ... Wyke, S. (2016). Study protocol of European Fans in Training (EuroFIT): A four-country randomised controlled trial of a lifestyle program for men delivered in elite football clubs. *BMC Public Health*, 16(1), 1–15.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Health promotion. Ottawa.
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. (World Health Organization, Ed.).
- WHO. (2013). *Glocal Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2013-2020)*.
- WHO. (2017). *Tackling NCDs: Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva.
- WHO. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva.
- WHO Regional Office for Africa. (2008). *Guide for Documenting and Sharing “Best Practices” in Health Programmes*.
- WHO Regional Office for Europe. (2011). *Good Practice Appraisal Tool for obesity prevention programmes, projects, initiatives and interventions*.
- WHO Regional Office for Europe. (2015). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*.

ANEXOS

Anexo I – Tabela resumo com todos os critérios de boas práticas encontrados na literatura

WHO Regional Office for Europe (2011)	Horodyska et al. (2015b)		CHRODIS (2015)	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada	Uso de teoria	Aplicação de racional teórico no desenvolvimento da intervenção	Existência de descrição da prática/programa	Design da intervenção é relevante e construído com base em dados relevantes, teoria, contexto, evidência e práticas anteriores, incluindo estudos piloto
	Especificação das características dos participantes	População-alvo bem definida	Especificação da população-alvo	População-alvo definida com avaliação das suas necessidades, incluindo as suas capacidades e outras características
		Considerar características sociodemográficas, fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo		
		Garantir equidade no acesso à intervenção dentro da população-alvo	Garantir equidade no acesso ao programa	Várias dimensões de equidade de acesso à intervenção são tidas em conta (e.g., género, estado socioeconómico, etnia, área rural ou urbana, grupos vulneráveis)
				Na implementação, são tomadas ações que garantam que aspetos específicos da equidade no acesso à intervenção são tidos em consideração
		Inclusão da família no programa, no caso de ser uma população-alvo infantil ou jovem		
			Especificação da população-alvo	Envolvimento de intermediários utilizados para promover participação significativa da população-alvo
	Especificação de um comportamento-alvo	Definição do comportamento a adquirir/alterar através da participação no programa, este tem de ser específico e adequado à população-alvo		
	Existência de uma abordagem multidimensional/holística/ecológica	Abordagem do programa garante que este tem em conta fatores pessoais, sociais e ambientais dos participantes	Garantir que a intervenção é abrangente	Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a variáveis determinantes e utilizando diferentes estratégias
		Consideração pelo ambiente construído/envolvente ao programa		
	Especificação do desenvolvimento e gestão de conteúdos (componentes/características dos conteúdos)	Especificação do número e intensidade de contactos individuais dos participantes com os profissionais envolvidos		
		Definição da duração do programa (número, duração e frequência das sessões)	Existência de descrição da prática/programa	Design da intervenção descreve a prática em termos de propósito, objetivos SMART,

		Definição da forma de apresentação dos conteúdos (e.g., mensagens curtas, baseadas na internet, com ou sem intervenção humana)		métodos (recrutamento, localização, atividades) e constrangimentos temporais (sequência, frequência e duração da intervenção)
		Descrição do número de componentes, elementos ou estratégias utilizadas para promover o comportamento-alvo		
		Uso geral de técnicas de mudança comportamental		
		Assegurar clareza dos conteúdos	Existência de considerações éticas	Objetivos e estratégias da intervenção são claros e transparentes para a população-alvo e para os <i>stakeholders</i> /parceiros
		Garantir adaptação dos conteúdos à população-alvo		Potenciais danos ou consequências negativas da intervenção para a população-alvo são abordados
				Intervenção é implementada de modo equitativo, proporcional às necessidades da população
		Existência de manuais com os protocolos de apoio à intervenção		
		Uso específico de técnicas de mudança comportamental (e.g., estratégias de automonitorização)		
			Descrição de processos de empoderamento e participação	Intervenção é desenhada e implementada em conjunto com população-alvo
	Definição do ambiente e dos facilitadores/profissionais envolvidos	Especificação do perfil, características, competências e formação dos profissionais envolvidos		
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção	Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Definição das características do ambiente envolvente		
		Cálculo e apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos		
		Cálculo e apresentação dos custos relacionados com a mudança comportamental		
	Apresentação dos resultados obtidos	Especificação do orçamento total necessário para a realização da intervenção (incluindo o custo por cada participante)		
		Resultados foram medidos através de métodos válidos, fiáveis e sensíveis	Definição da avaliação da intervenção	Existência de protocolos de avaliação definidos e apropriados, avaliando a estrutura, processo e resultados (e.g., uso de instrumentos validados)
		Especificação de resultados clinicamente relevantes		
		Reporte de resultados com relevância para a saúde pública		
		Consequências negativas ou riscos de participação avaliados e descritos		
		Variáveis avaliadas incluem índices de fatores de risco fisiológico (e.g., IMC, colesterol, etc.)		
			Existência de avaliação da intervenção	Resultados da avaliação alcançam objetivos determinados

				São avaliados resultados/outcomes planeados e não planeados
	Existência de avaliação dos efeitos (<i>effect sizes</i>)	Apresentação da eficiência da intervenção (efeitos significativos estabelecidos em <i>trials</i> anteriores)		
		Existência de avaliação a longo-prazo (<i>follow-up</i>)		
		Cálculo e apresentação do tamanho dos efeitos (<i>effect sizes</i>)		
	Garantir alcance da intervenção	Garantir que a estratégia utilizada é capaz de envolver uma grande parte da população-alvo	Descrição de processos de empoderamento e participação	Intervenção alcança taxas de participação significativas dentro da população-alvo
		Garantir a inclusão de participantes com diferentes géneros, idades e estados de saúde (de acordo com critérios definidos para a população-alvo)		
		Garantir inclusão social e cultural, antecipando eventuais problemas na participação de diferentes grupos		
	Existência de avaliação da participação e possibilidade de generalização da avaliação	Capacidade de generalização dos efeitos avaliados (efeitos da intervenção são observados em participantes com diferentes características)		
		Reporte das taxas de participação nas várias fases da avaliação		
	Identificação dos processos subjacentes e componentes ativos	Componentes ativos são identificados		
		Existência de monitorização permanente e avaliação da intervenção e dos materiais utilizados	Existência de avaliação da intervenção	Existência de sistemas de monitorização que ofereçam informação constante relacionada com as necessidades de avaliação
	Descrição dos processos de participação	Apresentação da taxa de participantes que completem ou que desistem do programa		
		Existência de estratégias e recursos para os profissionais envolvidos que os ajudem a realizar <i>follow-up</i> dos participantes		
		Inclusão de estratégias que promovam participação a longo-prazo e manutenção do comportamento-alvo	Descrição de processos de empoderamento e participação	Intervenção desenvolve recursos, capacidades e autonomia na população-alvo
	Existência de formação para os profissionais envolvidos	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação e facilitação da colaboração inter-sectorial		
	Existência de uso ou integração de recursos existentes	Especificação dos recursos necessários para a implementação do programa	Descrição de estratégias de gestão do projeto	Intervenção inclui estimação adequada dos recursos humanos, materiais e monetários relacionados com as tarefas propostas
		Implementação está integrada em programas já existentes para a mesma população-alvo		
		Existência de apoios durante todo o programa por parte dos parceiros/ <i>stakeholders</i>		
	Garantia da viabilidade do programa	Adoção do programa por parte dos profissionais, do contexto e das instituições	Garantia da sustentabilidade da intervenção	Existência de apoio ao programa por parte dos profissionais que o implementam
				Existência de apoio ao programa por parte da população-alvo

Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção		Garantia da capacidade e viabilidade da implementação do programa por parte da equipa de profissionais, dos parceiros e dos participantes, tendo em conta as suas características e capacidades		
	Existência de avaliação da manutenção/sustentabilidade da intervenção	Capacidade de os efeitos da intervenção serem mantidos a longo prazo, com apoio institucional, ou possibilidade de manutenção do programa dentro da instituição	Garantia da sustentabilidade da intervenção	Continuação do programa é assegurada pela instituição, que garante financiamento e recursos humanos
		<i>“Mutability (intervention/policy is in the realm of community/target group control)”</i>		
	Existência de parcerias que colaborem na implementação do programa	Estabelecimento de parcerias entre agências ou organizações que facilitem a implementação e a adoção do comportamento-alvo	Garantir que a intervenção é abrangente	Existência de parcerias (e.g., multidisciplinares, intersectoriais)
			Descrição de estratégias de gestão do projeto	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades, etc.)
		Identificação dos profissionais responsáveis pela implementação, oferecendo-lhes formação, monitorização e feedback durante o programa		
			Existência de avaliação da intervenção	Fontes de financiamento são especificadas de acordo com a sua estabilidade e compromisso
			Garantir que a intervenção é abrangente	Intervenção está alinhada com os planos políticos a nível local, nacional, institucional ou internacional
	Existência de consistência na implementação e processos de adaptação da intervenção	Existência de consistência ao longo da implementação e aferição de adaptações feitas ao longo do programa		
		Existência de monitorização da fidelidade e adesão na aplicação dos protocolos		
	Capacidade de transferência do programa para outras populações	Capacidade de a intervenção ser realizada noutras populações, comunidades, contextos e culturas		
		Aferição do contexto de transferência do programa, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas do contexto		
			Avaliação do potencial de transferibilidade e disseminação	Aferição do potencial impacto da intervenção na população-alvo (em caso de disseminação)
				Existência de uma estratégia de transferência de conhecimento (da teoria à prática)
				Existência de uma análise de requisitos necessários para uma eventual disseminação da intervenção, como barreiras percebidas e fatores facilitadores

Anexo II – Tabela de critérios de boas práticas

Critérios de Boas Práticas		
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada		
Descrição do racional que serve de base à intervenção	Aplicação de racional teórico no desenvolvimento da intervenção	
	Intervenção baseada em evidência científica (e.g., estudos anteriores, incluindo estudos piloto)	
Especificação da população-alvo	Especificação e justificação* da população-alvo *fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo	
Garantia de equidade dentro da população-alvo	Garantir equidade no acesso à intervenção	
	Garantir equidade durante a participação (e.g., adaptação dos materiais usados a diferentes limitações)	
Especificação de um comportamento-alvo	Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa	
Existência de uma abordagem multidimensional/holística/ecológica	Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do número, duração e frequência dos contactos com os participantes	
	Definição da duração do programa	
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos (e.g., em grupo ou individual, presencial ou via tecnologia)	
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência	
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação	
Uso de técnicas de mudança comportamental	Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas *ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar	
Existência de considerações éticas	Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais (e.g., assegurar descrição clara de objetivos da intervenção, especificar benefícios e potenciais efeitos adversos)	
Definição do contexto e dos facilitadores/profissionais envolvidos	Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)	
	Definição do(s) local(ais) onde decorre a intervenção	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção		
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante (estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)	
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise custo-efetividade)	
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar (e.g., número de sessões, participantes, satisfação)	
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar	
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados	
	Especificação dos momentos de avaliação	
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i>	
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance (e.g., que população é que o recrutamento atraiu)
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados
		Aferição da consistência e reporte de adaptações feitas ao longo do programa
		Existência de monitorização da fidelidade na aplicação dos protocolos
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos (<i>effect sizes</i>)
	Resultados da avaliação alcançam objetivos estabelecidos	

		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção		
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação	
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa	
	Uso ou integração de recursos previamente existentes	
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)	
Garantia da viabilidade do programa	Existência de apoio durante o programa por parte dos profissionais, população-alvo, stakeholders e instituições	
	Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento (e.g., instituições do ensino superior) e implementação do programa (e.g., escolas, autarquias, empresas)	
Garantia da sustentabilidade do programa	Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo (e.g., apoio institucional, por parte de <i>stakeholders</i> ou parceiros, integração em planos de ação de maior escala, alinhamento com orientações estratégicas)	
Possibilidade de disseminação do programa (disseminação e transferibilidade)	Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	

Anexo III – Tabela com avaliação independente dos especialistas de cada critério de boas práticas

Critérios de Boas Práticas					Avaliação			
		Especialista 1	Especialista 2	Especialista 3	Especialista 4	Especialista 5	MEDIANA	MÉDIA
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada								
Descrição do racional que serve de base à intervenção	Aplicação de racional teórico no desenvolvimento da intervenção	8	9	7	6	8	8	7,6 (8)
	Intervenção baseada em evidência científica (e.g., estudos anteriores, incluindo estudos piloto)	9	9	5	8	7	8	7,6 (8)
Especificação da população-alvo	Especificação e justificação* da população-alvo *fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo	10	9	10	9	10	10	9,6 (10)
Garantia de equidade dentro da população-alvo	Garantir equidade no acesso à intervenção	10	10	10	8	8	10	9,2
	Garantir equidade durante a participação (e.g., adaptação dos materiais usados a diferentes limitações)	10	6	4	8	7	7	7
Especificação de um comportamento-alvo	Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa	10	8	10	10	10	10	9,6 (10)
Existência de uma abordagem multidimensional/holística/ecológica	Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais	7	7	3	5	6	6	5,6 (6)
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do número, duração e frequência dos contactos com os participantes	9	6	10	10	10	10	9
	Definição da duração do programa	10	6	10	4	8	8	7,6 (8)
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos (e.g., em grupo ou individual, presencial ou via tecnologia)	6	6	10	8	8	8	7,6 (8)
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência	8	6	8	8	9	8	7,8 (8)
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação	9	8	9	8	8	8	8,4 (8)
Uso de técnicas de mudança comportamental	Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas *ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar	8	7	4	7	6	7	6,4 (6)
Existência de considerações éticas	Existência de consentimento informado que respeite princípios	10	8	8	9	10	9	9

	éticos fundamentais (e.g., assegurar descrição clara de objetivos da intervenção, especificar benefícios e potenciais efeitos adversos)								
Definição do contexto e dos facilitadores/profissionais envolvidos	Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)		9	8	10	9	10	9	9,2 (9)
	Definição do(s) local(ais) onde decorre a intervenção		7	5	10	7	7	7	7,2 (7)
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção									
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante (estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)		8	6	6	7	8	7	7
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise custo-efetividade)		6	6	3	6	5	6	5,2 (5)
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar (e.g., número de sessões, participantes, satisfação)		9	9	8	10	8	9	8,8 (9)
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar		10	9	8	10	8	9	9
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados		10	8	6	10	7	8	8,2 (8)
	Especificação dos momentos de avaliação		9	8	6	10	7	8	8
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i>		8	7	3	7	6	7	6,2 (6)
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance (e.g., que população é que o recrutamento atraiu)	7	7	3	7	6	7	6
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação	9	8	7	8	6	8	7,6 (8)
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção	9	8	3	6	6	6	6,4
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados	7	7	3	6	7	7	6

		Aferição da consistência e reporte de adaptações feitas ao longo do programa	7	7	4	6	6	6	6
		Existência de monitorização da fidelidade na aplicação dos protocolos	8	7	7	6	7	7	7
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos (<i>effect sizes</i>)	7	5	4	7	7	7	6
		Resultados da avaliação alcançam objetivos estabelecidos	10	6	7	8	5	7	7,2 (7)
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação	8	7	3	8	8	8	6,8 (7)
	Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção								
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação		9	8	4	7	7	7	7
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa		9	8	7	6	7	7	7,4 (7)
	Uso ou integração de recursos previamente existentes		8	7	9	8	7	8	7,8 (8)
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)		7	7	6	7	5	7	6,4 (6)
Garantia da viabilidade do programa	Existência de apoio durante o programa por parte dos profissionais, população-alvo, <i>stakeholders</i> e instituições		9	5	5	2	8	5	5,8 (6)
	Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento (e.g., instituições do ensino superior) e implementação do programa (e.g., escolas, autarquias, empresas)		10	9	7	9	10	9	9
Garantia da sustentabilidade do programa	Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo (e.g., apoio institucional, por parte de <i>stakeholders</i> ou parceiros, integração em planos de ação de maior escala, alinhamento com orientações estratégicas)		8	8	5	9	8	8	7,6 (8)

Possibilidade de disseminação do programa (disseminação e transferibilidade)	Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	8	3	3	7	6	6	5,4 (5)
------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	----------	----------------

Anexo IV – Tabela editada e com ponderações para cada critério de boas práticas

		Critérios de Boas Práticas		Ponderação	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada					
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria				3	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)				3	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção				3	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa				3	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais				2	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa			3	3
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos				3
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência				3
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação				2
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)				2	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais				3	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)				3	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção					
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante (estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)			2	2
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise custo-efetividade)				1
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar			3	3
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar				3
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados				3
	Especificação dos momentos de avaliação				3
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i>				1
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance		3	2
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação			3
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção			2
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados			1
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa			1
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos (<i>effect sizes</i>)		3	1
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados			3
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação			2
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção					
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação			3	3
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa				3
	Uso ou integração de recursos previamente existentes				3
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)				1
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa				3	

Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	2
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	1

Anexo V - Tabela com ponderações e avaliações em percentagem para cada critério de boas práticas

Critérios de Boas Práticas			Avaliação (Ponderação)	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada (55.5%)				
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria			6.5% (3)	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)			6.5% (3)	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção			6.5% (3)	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa			6.5% (3)	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais			5% (2)	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa		6.5% (3)	1.69% (3)
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos			1.69% (3)
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência			1.69% (3)
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação			1.43% (2)
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)			5% (2)	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais			6.5% (3)	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)			6.5% (3)	
	Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção (24.5%)			
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante <small>(estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)</small>		5% (2)	3% (2)
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos <small>(análise custo-efetividade)</small>			2% (1)
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar		6.5% (3)	1.43% (3)
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar			1.43% (3)
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados			1.43% (3)
	Especificação dos momentos de avaliação			1.43% (3)
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i>			0.78% (1)
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance	6.5% (3)	1.43% (2)
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação		2.08% (3)
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção		1.43% (2)
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados		0.78% (1)
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa		0.78% (1)
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos <small>(effect sizes)</small>	6.5% (3)	1.3% (1)
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados		2.9% (3)
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação		2.3% (2)
		Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção (20%)		
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação		6.5% (3)	1.43% (3)
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa			1.43% (3)
	Uso ou integração de recursos previamente existentes			1.43% (3)
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção <small>(e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)</small>			0.78% (1)

Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa	6.5% (3)
Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	5% (2)
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	2% (1)

Anexo VI – Critérios de boas práticas em formato de perguntas

Questões sobre as características da intervenção principal

1. A intervenção foi baseada em alguma evidência científica ou teoria existente?
2. Qual a população-alvo da intervenção? Por favor justifique esta escolha.
3. Foi garantida a equidade no acesso e participação na intervenção?
4. Qual/quais o/s comportamento/s a alterar ou a adquirir através da participação no programa?
5. A intervenção apresenta uma abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais?
6. Qual o local, número, duração e frequência das sessões ou dos contactos com os participantes? Qual a duração total do programa?
7. De que forma são apresentados os conteúdos da intervenção?
8. Quais os temas ou conteúdos que são abordados em cada sessão ou módulo da intervenção? Por favor justifique esta escolha.
9. Existe um manual, um guião ou um protocolo de apoio à implementação da intervenção?
10. Qual/quais a/s técnica/s de mudança comportamental utilizadas na intervenção? Por favor justifique esta escolha.
11. Foi dado aos participantes algum consentimento informado antes da sua participação?
12. Que qualificações ou competências devem ter os profissionais envolvidos na intervenção?

Questões sobre as estratégias de monitorização e avaliação da intervenção

1. Foram calculados os custos necessários para a realização da intervenção, incluindo os custos por cada participante? Se sim, por favor especifique.
2. Foi realizada uma análise de custo-efetividade? Se sim, por favor especifique.
3. Qual/quais o/s indicador/es utilizado/s na avaliação de processo?
4. Qual/quais o/s indicador/es utilizado/s na avaliação de resultado?
5. Qual/quais o/s método/s ou instrumento/s de avaliação utilizado/s? Por favor justifique esta escolha.
6. Quantos momentos de avaliação existiram? Por favor especifique quando estes se realizaram.
7. Existe avaliação de *follow-up* dos participantes? Por favor especifique quando esta se realiza.
8. As estratégias de recrutamento utilizadas foram reportadas? Se sim, qual foi o seu alcance?

9. As taxas de participação e de desistência, nos vários momentos de avaliação, foram avaliadas? Se sim, foram reportadas?
10. Foi feita alguma avaliação da satisfação dos participantes relativamente à intervenção? Se sim, foi reportada?
11. Existiu alguma monitorização de resultados ou *outcomes* não planeados, decorrentes da intervenção? Se sim, foram reportados?
12. Existiu alguma monitorização da consistência ou da fidelidade da aplicação do protocolo da intervenção? Se sim, foram feitas algumas alterações? Qual/quais?
13. Foi calculada a magnitude dos efeitos (*effect sizes*)? Se sim, por favor especifique.
14. O programa foi eficaz? Ou seja, os resultados da avaliação foram ao encontro dos objetivos da intervenção previamente estabelecidos? Se sim, foram reportados?
15. Existiu alguma monitorização de consequências negativas decorrentes da participação na intervenção? Se sim, foram reportados?

Questões sobre as estratégias de implementação da intervenção

1. Existiu formação para os profissionais envolvidos, em aspetos da implementação da intervenção?
2. Quais os recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa?
3. Os recursos previamente existentes foram utilizados ou integrados na implementação?
4. Foi descrito e definido qual o fluxo de trabalho e comunicação e as tarefas e responsabilidades de cada parte que intervém na intervenção?
5. Existiram parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação da intervenção? Se sim, qual/quais?
6. Foi definida uma estratégia que permita manter a intervenção em funcionamento a longo prazo? Se sim, qual?
7. Foi aferida a capacidade de transferência da intervenção para outras populações ou contextos? Se sim, de que forma será possível esta transferência?

Anexo VII – Guião para entrevista piloto

- 1) Enquadramento da necessidade de identificação de boas práticas em intervenções comunitárias para a promoção da atividade física
(objetivos OMS – promoção da AF; áreas prioritárias DGS-PNPAF – intervenções comunitárias; desígnios PNPAF 2018 – instrumento de identificação e disseminação de boas práticas em iniciativas comunitárias)
- 2) Descrição do processo/metodologia de criação e construção da grelha de identificação de boas práticas (revisão de literatura – CHRODIS, 2015; Horodyska et al., 2015; WHO Regional Office for Europe, 2011 - extração, agregação e definição de critérios; seleção dos critérios principais; cotação/ponderação de cada critério)
- 3) Preenchimento dos critérios da grelha de boas práticas com dados/características do programa (atribuição de cotação ao longo do preenchimento) – não aplicável nas entrevistas com especialistas
- 4) Questões e reflexões

1 – Impressão geral: como avaliaria a experiência global de resposta a esta grelha?

- Duração do preenchimento
- Clareza das perguntas
- Clareza no tipo de informação que é pedida no preenchimento
- Critério não aplicáveis/desadequados/demasiado específicos

2 – Breve explicação sobre os próximos passos na construção da grelha e feedback sobre os mesmos

- Criação de um instrumento de identificação de boas práticas
- Como agilizar o processo de recolha de informação de cada programa comunitário a avaliar
- Elementos a considerar (e.g., REDESP, Saúde em Rede, etc.) para uma boa amostra

3 – Forma de transformar os critérios em perguntas claras/operacionais

- Quem deve responder à grelha
- Como contactar essas pessoas
- Opinião geral sobre o procedimento

4 – *Feedback*, avaliação/score do programa avaliado (não aplicável nas entrevistas com especialistas)

e comentários finais (utilidade da grelha, adequação ao objetivo, sugestões)

Anexo VIII – Tabela com avaliação do programa “*Diabetes em Movimento*”

Programa “Diabetes em Movimento”					
		Critérios de Boas Práticas		Classificação	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada					
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria				6.5%	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)				6.5%	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção				6.5%	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa				6.5%	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais				5%	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa			6.5%	1.69%
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos				1.69%
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência				1.69%
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação				1.43%
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)				5%	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais				6.5%	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)				6.5%	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção					
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante <small>(estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)</small>			5%	3%
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos <small>(análise custo-efetividade)</small>				2%
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar			6.5%	1.43%
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar				1.43%
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados				1.43%
	Especificação dos momentos de avaliação				1.43%
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i>				0.78%
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance		5.07%	1.43%
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação			2.08%
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção			0%
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados			0.78%
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa			0.78%
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos <small>(effect sizes)</small>		6.5%	1.3%
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados			2.9%
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação			2.3%
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção					
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação			6.5%	1.43%
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa				1.43%
	Uso ou integração de recursos previamente existentes				1.43%
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)				0.78%
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa				6.5%	

Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	5%
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	0%
Classificação Final	96.57%

Anexo IX - Tabela com avaliação do programa “EuroFIT”

Programa “EuroFIT”					
		Critérios de Boas Práticas		Classificação	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada					
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria				6.5%	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)				6.5%	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção				6.5%	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa				6.5%	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais				5%	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa			6.5%	1.69%
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos				1.69%
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência				1.69%
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação				1.43%
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)				5%	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais				6.5%	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)				6.5%	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção					
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante <small>(estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)</small>			4.5%	3%
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos <small>(análise custo-efetividade)</small>				1.5%
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar			6.5%	1.43%
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar				1.43%
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados				1.43%
	Especificação dos momentos de avaliação				1.43%
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i>				0.78%
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance		6.5%	1.43%
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação			2.08%
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção			1.43%
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados			0.78%
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa			0.78%
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos <small>(effect sizes)</small>		6.5%	1.3%
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados			2.9%
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação			2.3%
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção					
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação			6.5%	1.43%
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa				1.43%
	Uso ou integração de recursos previamente existentes				1.43%
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)				0.78%
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa				6.5%	

Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	5%
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	2%
Classificação Final	99.5%

Anexo X – Guião para entrevista aos programas comunitários

Questões sobre as características da intervenção principal

1. A intervenção foi baseada em alguma evidência científica ou teoria existente?

Exemplo: evidência científica que demonstra os benefícios da prática de atividade física, uso da teoria da autodeterminação

2. Qual a população-alvo da intervenção? Por favor justifique esta escolha.

Exemplo: intervenção focada na promoção da atividade física nos homens visto ser um grupo da população normalmente discriminada neste tipo de intervenções

3. Foi garantida a equidade no acesso e participação na intervenção?

Exemplo: não foi negada a participação a ninguém interessado na intervenção e que cumprisse com as características da população-alvo

4. Qual/quais o/s comportamento/s a alterar ou a adquirir através da participação no programa?

Exemplo: aumento do número de passos por dia, redução do tempo sedentário, aumento do número de dias em que se pratica atividade física

5. A intervenção apresenta uma abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais?

Abordagem abrangente da promoção da saúde – estratégia utilizada para a promoção da saúde que desenvolve competências individuais, cria ambientes de apoio e relacionamento positivo e procura aumentar o envolvimento da comunidade nestas ações

Exemplo: intervenção inclui sessões em grupo que promovam não só capacidades individuais, como o relacionamento com os outros participantes e profissionais envolvidos, procurando envolver toda a comunidade

6. Qual o local, número, duração e frequência das sessões ou dos contactos com os participantes? Qual a duração total do programa?

Exemplo: intervenção dura 3 meses, contando 12 sessões com duração de 1h30, 1 vez por semana, realizadas no pavilhão desportivo da localidade

7. De que forma são apresentados os conteúdos da intervenção? *Exemplo:*

em grupo ou individualmente, via presencial ou tecnológica

8. Quais os temas ou conteúdos que são abordados em cada sessão ou módulo da intervenção? Por favor justifique esta escolha.

Exemplo: 3 sessões sobre importância da atividade física e 3 sessões sobre alimentação saudável, visto que o objetivo da intervenção é promover o aumento do nível de atividade física e promover melhores escolhas alimentares

9. Existe um manual, um guia ou um protocolo de apoio à implementação da intervenção?

Exemplo: manual de suporte aos profissionais que implementam as sessões

10. Qual/quais a/s técnica/s de mudança comportamental utilizadas na intervenção? Por favor justifique esta escolha.

Técnicas de mudança comportamental – componente ativa de uma intervenção baseada na mudança comportamental

Exemplo: estratégias de estabelecimento de objetivos, feedback, suporte social, utilização de um pedómetro para automonitorização do número de passos por dia

11. Foi dado aos participantes algum consentimento informado antes da sua participação?

Exemplo: foi assegurada a descrição clara dos objetivos da intervenção, explicação de benefícios e potenciais efeitos adversos

12. Que qualificações ou competências devem ter os profissionais envolvidos na intervenção?

Exemplo: curso superior na área do exercício e saúde, formação em técnicas de mudança comportamental

Questões sobre as estratégias de monitorização e avaliação da intervenção

1. Foram calculados os custos necessários para a realização da intervenção, incluindo os custos por cada participante? Se sim, por favor especifique.

Exemplo: 12500€ anuais, sendo que se gastam 120€ anuais em cada participante

1. Foi realizada uma análise de custo-efetividade? Se sim, por favor especifique.

Análise de custo-efetividade – análise económica que compara os custos relativos e os *outcomes*/efeitos de uma ou mais intervenções e tem como objetivo minimizar os custos de atingir um objetivo específico; é expresso pelo rácio entre uma medida de “melhoria de saúde” (anos de vida ganhos, dias sem doença) e os custos associados com essa mesma medida

Exemplo: quanto custou a redução da pressão arterial sistólica dos participantes em 10mmHg

2. Qual/quais o/s indicador/es utilizado/s na avaliação de processo?

Indicadores de processo – fatores que afetam ou que refletem a forma como uma intervenção foi desenhada ou implementada

Exemplo: número de sessões dadas, barreiras à implementação do programa

3. Qual/quais o/s indicador/es utilizado/s na avaliação de resultado?

Indicadores de resultado – fatores que indicam exatamente o que medir, de forma a perceber se os objetivos/resultados foram atingidos

Exemplo: aumento do número de passos por dia em 1500, redução de 60 minutos por semana de tempo sedentário

4. Qual/quais o/s método/s ou instrumento/s de avaliação utilizado/s? Por favor justifique esta escolha.

Exemplo: pedómetro, acelerómetro, balança

5. Quantos momentos de avaliação existiram? Por favor especifique quando estes se realizaram.

Exemplo: 3 momentos de avaliação - no início, a meio e no fim da intervenção

6. Existe avaliação de *follow-up* ou avaliação continuada dos participantes? Por favor especifique quando esta se realiza.

Exemplo: participantes foram avaliados 3 meses depois da intervenção acabar, intervenção é cíclica e os participantes são avaliados a cada 6 meses

7. As estratégias de recrutamento utilizadas foram reportadas? Se sim, qual foi o seu alcance?

Exemplo: recrutamento por e-mail ou telefone, tipo de população que o recrutamento atraiu

8. As taxas de participação e de desistência, nos vários momentos de avaliação, foram avaliadas? Se sim, foram reportadas?

Exemplo: taxa de participação de 95% e desistência de 5% na primeira avaliação e taxa de participação de 80% e desistência de 20% na última avaliação

9. Foi feita alguma avaliação da satisfação dos participantes relativamente à intervenção? Se sim, foi reportada?

Exemplo: foi entregue um questionário aos participantes sobre a sua satisfação com os conteúdos da intervenção e com o desempenho dos profissionais envolvidos

10. Existiu alguma monitorização de resultados ou *outcomes* não planeados, decorrentes da intervenção? Se sim, foram reportados?

Exemplo: reporte de um caso de um participante que desenvolveu um distúrbio alimentar depois de ter participado nas sessões sobre alimentação saudável

11. Existiu alguma monitorização da consistência ou da fidelidade da aplicação do protocolo da intervenção? Se sim, foram feitas algumas alterações? Qual/quais?

Exemplo: profissionais fizeram supervisão de sessões dadas, reportando que num determinado local não foi possível fazerem uma atividade outdoor prevista devido às condições climáticas

12. Foi calculada a magnitude dos efeitos (*effect sizes*)? Se sim, por favor especifique.

Magnitude dos efeitos (*effect sizes*) – medida que compara a magnitude da diferença dos resultados obtidos em diferentes grupos de intervenção ou a magnitude da associação entre duas ou mais variáveis

Exemplo: existiram diferenças significativas no peso dos participantes após a sua participação no programa 13. O

programa foi eficaz? Ou seja, os resultados da avaliação foram ao encontro dos objetivos da intervenção previamente estabelecidos? Se sim, foram reportados?

Exemplo: participantes aumentaram o número de passos por dia em 1000 e não em 1500, logo os objetivos não foram alcançados

14. Existiu alguma monitorização de consequências negativas decorrentes da participação na intervenção? Se sim, foram reportados?

Exemplo: potencial risco de lesão após participação numa sessão de atividade física

Questões sobre as estratégias de implementação da intervenção

1. Existiu formação para os profissionais envolvidos, em aspetos da implementação da intervenção? *Exemplo:*

curso breve para os profissionais que irão implementar a intervenção sobre o conteúdo das sessões

e as atividades que devem ensinar

2. Quais os recursos humanos e materiais necessários para a implementação da intervenção?

Exemplo: utilização de 1 pavilhão multidesportivo, 3 bolas de fitness, 3 bandas elásticas, 1 máquina de medição da pressão arterial, 1 balança, 4 professores

3. Os recursos previamente existentes foram utilizados ou integrados na implementação?

Exemplo: utilização da sala de exercício de um ginásio na localidade

4. Foi descrito e definido qual o fluxo de trabalho e comunicação e as tarefas e responsabilidades de cada parte que intervém na intervenção?

Exemplo: Câmara Municipal financia o programa que se realiza no pavilhão desportivo de uma escola na localidade mas quem organiza o recrutamento é o centro de saúde

5. Existiram parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação da intervenção? Se sim, qual/quais?

Exemplo: instituições do ensino superior, escolas, autarquias, instituições de cariz social, empresas

6. Foi definida uma estratégia que permita manter a intervenção em funcionamento a longo prazo? Se sim, qual?

Exemplo: existência de apoio institucional, apoio por parte de stakeholders e parceiros, integração em planos de ação de maior escala, alinhamento com orientações estratégicas e políticas

7. Foi aferida a capacidade de transferência da intervenção para outras populações ou contextos? Se sim, de que forma será possível esta transferência?

Exemplo: possibilidade de a intervenção ser realizada noutra zona do país, tendo em conta condições políticas, sociais e económicas

Anexo XI - Tabela com avaliação do programa A (região Norte)

Programa A – Região Norte					
		Critérios de Boas Práticas		Classificação	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada					
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria				6.5%	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)				6.5%	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção				6.5%	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa				6.5%	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais				5%	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa			6.5%	1.69%
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos				1.69%
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência				1.69%
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação				1.43%
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)				5%	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais				6.5%	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)				6.5%	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção					
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante <small>(estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)</small>			2%	2%
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos <small>(análise custo-efetividade)</small>				0%
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar			6.5%	1.43%
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar				1.43%
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados				1.43%
	Especificação dos momentos de avaliação				1.43%
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i> e/ou avaliação continuada dos participantes				0.78%
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance		6.5%	1.43%
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação			2.08%
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção			1.43%
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados			0.78%
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa			0.78%
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos <small>(effect sizes)</small>		5.2%	0%
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados			2.9%
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação			2.3%
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção					
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação			6.5%	1.43%
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa				1.43%
	Uso ou integração de recursos previamente existentes				1.43%
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção <small>(e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)</small>				0.78%
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa				6.5%	

Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	5%
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	1%
Classificação Final	94.7%

Anexo XII - Tabela com avaliação do programa B (região Centro)

Programa B – Região Centro					
		Critérios de Boas Práticas		Classificação	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada					
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria				6.5%	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)				6.5%	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção				6.5%	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa				6.5%	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais				5%	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa			6.5%	1.69%
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos				1.69%
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência				1.69%
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação				1.43%
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)				5%	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais				6.5%	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)				6.5%	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção					
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante (estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)			3%	3%
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise custo-efetividade)				0%
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar			6.5%	1.43%
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar				1.43%
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados				1.43%
	Especificação dos momentos de avaliação				1.43%
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i> e/ou avaliação continuada dos participantes				0.78%
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance		6.5%	1.43%
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação			2.08%
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção			1.43%
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados			0.78%
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa			0.78%
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos (<i>effect sizes</i>)		2.9%	0%
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados			2.9%
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação			0%
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção					
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação			6.5%	1.43%
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa				1.43%
	Uso ou integração de recursos previamente existentes				1.43%
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)				0.78%
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa				3.25%	

Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	5%
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	0%
Classificação Final	89.15%

Anexo XIII - Tabela com avaliação do programa C (Área Metropolitana de Lisboa)

Programa C – Área Metropolitana de Lisboa					
		Critérios de Boas Práticas		Classificação	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada					
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria				6.5%	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)				6.5%	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção				6.5%	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa				6.5%	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais				5%	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa			6.5%	1.69%
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos				1.69%
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência				1.69%
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação				1.43%
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)				5%	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais				6.5%	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)				6.5%	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção					
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante <small>(estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)</small>			2%	2%
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos <small>(análise custo-efetividade)</small>				0%
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar			6.5%	1.43%
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar				1.43%
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados				1.43%
	Especificação dos momentos de avaliação				1.43%
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i> e/ou avaliação continuada dos participantes				0.78%
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance		6.5%	1.43%
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação			2.08%
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção			1.43%
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados			0.78%
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa			0.78%
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos <small>(effect sizes)</small>		5.2%	0%
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados			2.9%
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação			2.3%
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção					
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação			6.5%	1.43%
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa				1.43%
	Uso ou integração de recursos previamente existentes				1.43%
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)				0.78%
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa				6.5%	

Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	5%
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	0%
Classificação Final	93.7%

Anexo XIV - Tabela com avaliação do programa D (região do Alentejo)

Programa D – Região do Alentejo					
		Critérios de Boas Práticas		Classificação	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada					
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria				0%	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)				6.5%	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção				6.5%	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa				6.5%	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais				5%	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa			6.5%	1.69%
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos				1.69%
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência				1.69%
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação				1.43%
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)				0%	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais				6.5%	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)				6.5%	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção					
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante (estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)			2%	2%
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise custo-efetividade)				0%
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar			6.5%	1.43%
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar				1.43%
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados				1.43%
	Especificação dos momentos de avaliação				1.43%
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i> e/ou avaliação continuada dos participantes				0.78%
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance		5.07%	1.43%
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação			2.08%
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção			0%
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados			0.78%
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa			0.78%
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos (<i>effect sizes</i>)		2.9%	0%
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados			2.9%
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação			0%
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção					
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação			5.07%	0%
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa				1.43%
	Uso ou integração de recursos previamente existentes				1.43%
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)				0.78%
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa				6.5%	

Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	5%
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	1%
Classificação Final	78.04%

Anexo XV - Tabela com avaliação do programa E (região do Algarve)

Programa E – Região do Algarve					
		Critérios de Boas Práticas		Classificação	
Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada					
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria				6.5%	
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)				6.5%	
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção				6.5%	
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa				6.5%	
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais				5%	
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa			6.5%	1.69%
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos				1.69%
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência				1.69%
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação				1.43%
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)				0%	
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais				6.5%	
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)				6.5%	
Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção					
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante <small>(estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)</small>			2%	2%
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos <small>(análise custo-efetividade)</small>				0%
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar			6.5%	1.43%
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar				1.43%
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados				1.43%
	Especificação dos momentos de avaliação				1.43%
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i> e/ou avaliação continuada dos participantes				0.78%
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	Reporte das estratégias de recrutamento utilizadas e o seu alcance		4.29%	1.43%
		Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação			2.08%
		Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção			0%
		Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados			0.78%
		Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa			0%
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	Cálculo e apresentação da magnitude dos efeitos <small>(effect sizes)</small>		5.2%	0%
		Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados			2.9%
		Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação			2.3%
Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção					
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação			5.07%	0%
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa				1.43%
	Uso ou integração de recursos previamente existentes				1.43%
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção <small>(e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)</small>				0.78%
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa				6.5%	

Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo	5%
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas	1%
Classificação Final	86.06%